

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond-René BRIAU

Né le 4 mars 1900 à St-Nazaire (Loire-Inférieure)

Interne des Asiles de la Seine

DU PEYOTL

DANS

LES ÉTATS ANXIEUX

Président : M. SICARD, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1928

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond-René BRIAU

Né le 4 mars 1900 à St-Nazaire (Loire-Inférieure)

Interne des Asiles de la Seine

DU PEYOTL

DANS

LES ÉTATS ANXIEUX

Président : M. SICARD, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1928

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médicale chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	N. . .
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSEIME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIERRE . . . Chimie biologique.
 BROCCQ . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULE . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHAMPY . . . Histologie.
 CHIRAY . . . } Pathologie médicale.
 CLERC . . . }
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 I. de JONG . . . Anatomie pathologique.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . . . Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER . . . Urologie.

MM

HOVELACQUE . . . Anatomie.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ(Henri). . . Chimie biologique.
 LARDENNOIS. . . Pathologie chirurgicale.
 LEVAITRE . . . Oto rhino-laryngologie
 LEVY-SOLAL . . . Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN. . . . Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale
 MULON . . . Histologie.
 PHILIBERT . . . Bactériologie
 QUENU . . . Pathologie chirurgicale
 RICHET Fils . . . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLÉRY RA-
 DOT (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophthalmologie.
 VERNE . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT . . . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.

MM.

RETTERER . . . Histologie.
 TANON . . . Pathologie médicale.

IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . . .	} Clinique chirurgicale.	LÉRI	} Clinique médicale.
AUVRAY . . .		MOCQUOT . . .	
CHEVASSU . . .		PROUST . . .	} Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.	VILLARET . .	Clinique médicale.
LEREBOULLET . . .	Clinique médicale infantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Education physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. SICARD

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. CAPGRAS

Médecin chef des Asiles de la Seine

*Hommage d'un travail effectué dans
son service, avec l'expression res-
pectueuse de notre reconnaissance
pour la bienveillante direction dont
il nous a comblé.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE NANTES

A MES MAITRES DANS LES ASILES

MONSIEUR LE DOCTEUR CAPGRAS

MONSIEUR LE DOCTEUR DAMAYE

MONSIEUR LE DOCTEUR ABÉLY

MADemoiselle LE DOCTEUR PASCAL



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553001_0014

INTRODUCTION

En 1927 A. ROUCHIER fit paraître sous le titre : « La plante qui fait les yeux émerveillés : Le Peyotl » une copieuse étude monographique d'un petit cactus mexicain, l'*Echinocactus Williamsii* (1). C'est de la lecture de ce livre que nous avons tiré l'idée première des quelques essais thérapeutiques formant le but et la matière de ce travail.

Laissant de côté les multiples points de vue susceptibles d'éveiller l'intérêt des psychologues et des psychiatres notamment en ce qui concerne le champ d'expérience que cette plante nous ouvre dans le domaine de l'étude des hallucinations, nous avons voulu nous borner à envisager une possibilité d'application à l'art de guérir. Et pour limiter plus encore notre cadre nous nous sommes proposé d'étudier seulement l'action du peyotl sur les états d'anxiété.

Avant d'entreprendre l'exposé de nos essais nous

(1) A. ROUCHIER. — « *Le Peyotl, la plante qui fait les yeux émerveillés* » in-8, 370 p. Doin, édit., Paris) 1927. Il s'agit du premier travail d'ensemble publié sur cette question.

croyons devoir présenter un peu plus longuement que sur une simple citation de son nom l'espèce végétale, instrument de notre expérience.

CHAPITRE PREMIER

LA PLANTE. — PROPRIÉTÉS CHIMIQUES.
ÉTUDE DES ALCALOÏDES. — PROPRIÉTÉS
PHYSIOLOGIQUES DU PEYOTL SOUS FOR-
ME D'EXTRAIT TOTAL : MANIFESTATIONS
ORGANO-VÉGÉTATIVES. MANIFESTA-
TIONS MENTALES. — TOXICOLOGIE. — CE
QU'A DÉJÀ DONNÉ LE PEYOTL EN THÉRA-
PEUTIQUE.

La Plante

L'Echinocactus Williamsii désigné aussi sous son nom d'origine aztèque le peyotl, est une petite cactée même, de forme globuleuse, de couleur vert cendré. Originnaire seulement du Mexique central et septentrional et de l'extrême sud des Etats-Unis, elle croît spontanément dans des régions semi désertiques, sauvages et rudes d'aspect où la petite plante groupée en colonies, végète à l'abri des broussailles épineuses et des quartiers de roche. Le peyotl peut être cultivé avec certaines précautions sous notre climat, mais il n'y pousse qu'avec peine et les individus ainsi transplantés sont dépourvus des propriétés physiologiques caractéristiques de l'espèce.

Les caractères botaniques de la plante, importants à connaître pour le chercheur qui doit effectuer un travail d'identification minutieuse et de différenciation vis-à-vis d'espèces voisines, sont exposés avec soin et précision dans la monographie de ROUHER : nous ne saurions citer à cet égard meilleure référence.

A la même source on rencontrera également des données utiles et curieuses touchant l'histoire et l'ethnologie. Une étude très documentée sur l'usage que font de ce végétal certaines tribus mexicaines, les légendes

qui la parent de mystère et de merveilleux, les cultes dont elle est l'objet de la part de ces peuplades.

« Dans les sierras lointaines du Mexique, quelques indiens, descendants déchus des grandes races précolombiennes, ont conservé dans leur intégrité initiale le culte de la petite cactée globuleuse et glauque qu'un Dieu apporta sur la terre pour permettre à ses fils de communier avec lui. Leurs shamans l'emploient parfois pour des œuvres divinatoires ou dans un but thérapeutique magique, mais jamais elle ne fut ravalée au rang de distraction profane ou de puissance populaire, et comme l'opium, le muchamore, la coca ou le chanvre, elle ne fait pas encore partie de la redoutable cohorte des poisons sociaux (1). »

La forme sous laquelle les indiens des Etats-Unis utilisent le peyotl est celle de petites tranches de la partie chlorophyllienne seulement découpées perpendiculairement au grand axe de la plante et desséchées à l'air. Ces fragments appelés « *mescal-buttons* » ou « *peyotl-buttons* » sont mâchés comme du betail ou de la coca par les tributs américaines du Texas. Les indiens mexicains adeptes de la religion du peyotl emploient celui-ci à l'état frais ; ils le mangent le plus souvent ou réalisent, en le broyant avec de l'eau, une boisson légèrement amère, mucilagineuse et de couleur grisâtre.

Le « mescal button » est également la forme d'exportation de l'Echinocactus, celle que l'on trouvera dans la

(1) A. ROCHER. — « La plante qui fait les yeux émerveillés : Le Peyotl, p. 91.

droguerie si le commerce en devient seulement moins difficile qu'il n'est à l'heure actuelle. L'aspect est celui d'un disque brun grisâtre à centre déprimé, à bords $\pm$ irréguliers et relevés, ce qui évoque l'image d'un bouton dont le diamètre atteindrait une moyenne de 2 à 4 centimètres.

L'odeur en est faible à l'état sec. Le produit une fois humecté, elle s'intensifie et devient légèrement vireuse.

« La saveur est amère, désagréable, nauséuse, persistante. Après avoir été dégluti et recraché, il laisse sur la langue et dans la gorge une sensation particulière et durable, légèrement poivrée, accompagnée de picotements ou de cuisson, qui donne, même si la drogue n'a pas été avalée, une impression assez sensible de plénitude stomacale ».

Propriétés chimiques, étude des alcaloïdes

Sur la chimie du peyotl nous insisterons un peu plus, faisant au travail de A. ROUHER de larges emprunts (1).

L'activité du peyotl est due à la présence d'alcaloïdes isolés classés et déterminés dans leur constitution, leurs propriétés chimiques, leurs réactions spéciales, par LEWIN, HEFFTER, KAUDER et SPATH.

Pour l'exposé rapide de quelques notions relatives à

(1) ROUHER. — « *Loc. cit.*, p. 83 » :

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre reconnaissance à l'égard de cet auteur pour les conseils éclairés dont il nous a comblé, et l'aide plus efficace encore qu'il nous a apporté en nous fournissant, selon nos désirs, la matière première sous la forme nécessitée par nos expériences.

ces alcaloïdes nous conserverons la classification dont le principe de base est donné par les travaux de KAUDER (1899), tout en reconnaissant que cette classification tire sa valeur de caractères d'ordre chimique alors que nous-même nous attachons davantage au point de vue pharmaco-dynamique de la question.

Deux groupes d'alcaloïde. Le groupe A comprenant des alcaloïdes solubles dans l'éther. Le groupe B réunit des alcaloïdes peu solubles dans l'éther et solubles dans le chloroforme.

Dans le groupe A nous ne faisons que citer l'*Anhalonine* (8. methoxy-6 : 7 méthylènedioxy-1-méthylétrahydro-isoquimoléine) dont on connaît plusieurs sels (sulfate, chlorhydrate, iodhydrate).

Son action à la dose de 0,10 provoque seulement une légère somnolence.

La *peyotline*, anhalonine méthylée à l'azote, dont on réalise divers sels : chlorhydrate, iodhydrate, oxalate.

La peyotline, d'après HEFFTER, provoque, à la dose de cinq à six centigrammes environ une heure après l'ingestion, une sensation de fatigue avec lourdeur des paupières, répugnance à l'effort de quelque nature qu'il soit physique ou psychique.

On observe également le ralentissement du pouls au quart de sa fréquence initiale.

A la dose de 0, 25, l'effet est porté au maximum soporifique et déprimant.

HUTCHINGS (1) conclut de travaux effectués en 1897 sur cette base alcaloïdique, qu'elle n'est pas analgésique, mais possède une action sédative nette. Ajoutons qu'elle est inoffensive mais inconstante dans ses effets.

Lophophorine dérivé N. — méthylé de l'anhalonine, dont on forme un chlorhydrate. Pas d'action hypnotique mais en revanche le plus toxique des alcaloïdes du peyotl. Il semble qu'il faille lui rapporter une part du moins des malaises signalés dans l'observation n°1 de notre thèse surtout en ce qui concerne les troubles vaso-moteurs intenses sur lesquels nous insistons dès maintenant et de même les troubles de la sensibilité.

Parmi les alcaloïdes du groupe B chloroformo-solubles.

La Mescaline α -3 : 4 : 5- trimethoxyphényl. β ethylamine. Une des premières et des mieux étudiées de ces bases alcaloïdiques, objet de nombreux travaux en Allemagne parmi lesquels nous devons citer les expériences d'HEFFTER et de KURT BERINGER. Avec des doses variant de 1,15 de chlorhydrate à 0,20 de sulfate, HEFFTER observe :

Douleurs de tête.

Dilatation pupillaire.

Ralentissement du pouls.

Sensation d'engourdissement de lourdeur des membres.

(1) HUTCHINGS. Report on the use of pellotine as a sedative and hypnotic
St Lawrence State Hospital Bulletin.

Vertiges, nausées,
Hallucinations de la vue.

En effet la mescaline est le seul des principes actifs du peyotl qui soit susceptible de produire l'hallucination.

Et nous ne croyons pas nous éloigner trop du sujet de notre étude, en citant ici l'analyse faite par KRETSCHMER (1) des travaux de l'école allemande et en particulier de MAYER-GROS à propos de l'intoxication expérimentale par la mescaline.

« On observe notamment à la suite de ces empoisonnements : 1° des changements du degré d'intensité des impressions sensorielles avec exaltation de la susceptibilité pour les différences les plus minimes et les nuances les plus exquises : les impressions ordinaires semblent plus intenses, les impressions intenses deviennent éblouissantes lorsqu'elles sont lumineuses : d'une sonorité exagérée à l'excès, lorsqu'il s'agit d'impressions auditives ; le monde ambiant apparaît inondé de lumière, ensoleillé, plein d'harmonie, rempli de couleurs, d'une plasticité exquise, débordant d'expression ; chaque détail revêt une importance extraordinaire, les visages qu'on rencontre ont des traits accentués comme ceux des acteurs ; à la phase opposée le sujet devient inaccessible aux impressions, croit se mouvoir dans une atmosphère de froid, de vide, d'uniformité. On le voit il s'agit encore ici de changement de tonalité affective immédiate, de changement de ce qu'on peut appeler la

(1) KRETSCHMER. — *Manuel théorique et pratique de psychologie médicale* traduit par Jankilévitich, Payot, Paris, 1927, page 52.

couleur affective propre des sensations, c'est-à-dire de phénomènes analogues à ceux qui s'observent à la suite des lésions du thalamus ; 2° En deuxième lieu, les empoisonnements par la mescaline produisent de graves perturbations, dans la perception de mouvements, comme dans la cécité psychique consécutive à des lésions du lobe occipital, les mouvements accomplis par les hommes apparaissent au sujet intoxiqué par la mescaline ou solennellement ralentis ou exagérément vifs, la perception portant d'ailleurs non sur le mouvement en voie d'accomplissement mais sur le mouvement déjà accompli, sur le changement de place déjà effectué ; ces troubles de la perception des mouvements provoquent, à leur tour, des perturbations dans les expériences psychiques portant sur l'espace et le temps ; 3° Les intoxiqués par la mescaline présentent en outre des synesthésies très étendues, c'est-à-dire que l'excitation d'un domaine sensoriel met en branle d'autres domaines sensoriels. En entendant certains sons le sujet croit voir certaines couleurs ; le moindre contact provoque une douleur ; en entendant aboyer un chien le sujet croit voir vaciller la lumière de sa chambre, certains bruits suffisent à transformer la coloration d'un paysage. Toutes ces manifestations présentent le plus souvent les caractères d'hallucination ».

L'anhalamine, ether O. diméthylque de la 6-7-8. trioxy - 1 : 2 : 3 : 4 tétrahydroisoquinoline bien connue du point de vue de sa constitution et de ses caractères chimiques n'a pas encore été étudiée, à notre connais-

sance du moins du point de vue de ses effets physiologiques. La faible quantité de matière première que nous possédions nous a fait renoncer nous-même à réaliser quelque essai sur l'action de cet alcaloïde administré isolément.

Le dernier alcaloïde connu du groupe B. chloroformo soluble est l'*anhalonidine* : anhalamine méthylée en 2 qui a donné des sels chlorhydriques sulfuriques et iodhydriques stables et définis. Cette base à la dose de 0,10 à 0,25 provoque chez l'homme un peu de somnolence et une sensation pénible dans la tête. Elle paraît ne pas avoir d'action sur le régime du travail du cœur.

Ajoutons que d'après ce qu'en rapporte HEFFTER cet alcaloïde administré à forte dose chez la grenouille y provoque une paralysie des terminaisons des nerfs moteurs. Action qui n'a pas été retrouvée chez l'homme et les mammifères.

Mises à part les notions précises que semblent avoir acquises les expérimentateurs et en particulier HEFFTER et KURT BERINGER sur ce qui touche l'action pharmacodynamique de la mescaline et de la peyotline nos connaissances sur les effets déclanchés dans l'organisme humain par chacun des principes actifs de ce milieu chimique complexe que représente le peyotl paraissent rudimentaires. Les difficultés sont grandes d'isoler à l'état pur et stable chacun d'entre eux, quelque perfectionnées que soient les méthodes extractives modernes.

Propriétés physiologiques du peyotl sous forme d'extrait total

Les formes employées par exemple par ROUHIER pour ses recherches dans le domaine des effets physiologiques de la drogue sont : celle d'une « solution du totum des chlorhydrates des alcaloïdes », préparation à laquelle il donne le nom de *Panpeyotl injectable* d'une part. Et d'autre part celle d'un extrait mou chloroformique, renfermant les alcaloïdes totaux sous leur forme basique, qu'il nomme : *Panpeyotl basique*.

Or il suffit de lire le travail de cet auteur avec quelque attention pour y découvrir plusieurs marques très suggestives sur les variations de composition de ces deux préparations galéniques du peyotl. Suivant le lieu de provenance, l'époque de la récolte, la partie de la plante traitée, le degré de dessiccation du *mescal-button*, la teneur en alcaloïde varie. Variable aussi la proportion respective d'alcaloïde A et B dans la même plante suivant la partie de la plante à laquelle on a affaire : tête ou racine (1).

Le procédé d'extraction, le choix du solvant influent sur la valeur du produit réalisé (2). Enfin au sein d'un extrait qui vieillit se fait un travail de transformation intime qui nous échappe mais aboutit effectivement à

(1) V. A. ROUHIER, *loc. cit.*, pp. 220-224.

(2) « Il ne faut pas oublier que, dans l'étude des principes actifs des plantes, que nous faisons le plus souvent par leur extraction, nous dissolvons des complexes dont nous isolons des parties plus ou moins volumineuses suivant le mode d'extraction que nous employons ».

la modification du titre global des alcaloïdes et du taux de chacun d'entre eux en particulier.

Toutes possibilités constituant par elles-mêmes des causes d'erreur, parfaitement rectifiables du reste, si au préalable il est établi un titrage rigoureux de l'extrait dont on veut faire essai. Mais n'en est-il pas moins vrai que cette notion doit être présente à l'esprit du médecin qui s'apprête à user de la drogue dans le domaine expérimental.

Ceci expliquerait aussi, et pour une part du moins, les grandes variations de l'activité du *peyotl* suivant les sujets. Nous connaissons en effet du moins un cas où l'ingestion de 2 grains de *panpeyotl* basique n'a produit aucun effet. Et d'autre part l'observation n° 1 de notre travail montre une symptomatologie assez riche d'intoxication par la drogue dont la dose ingérée était seulement de un gramme vingt-cinq du même extrait préparé par ROCHER lui-même, avec la même plante et suivant une technique identique. Pareille interprétation des faits ne nous fait pas oublier une objection qui s'impose à notre esprit tandis que nous affirmons l'importance des variations de la valeur — (intrinsèque) — de la drogue présentée sous une même forme. A côté de la graine, le terrain biologique ne perd pas ses droits (1) RICHET, SANTENOISE, TINEL, ne nous expliquent-ils pas que les sujets sont plus sensibles ou plus résistants à l'action de la même dose du même poison suivant qu'ils sont hypervagotoniques ou hypersympathicoto-

(1) *Presse Médicale*, 7 avril 1923.

niques. Ajoutons à cela des éléments d'ordre ethnique comme ce fait par exemple que le chinois est plus résistant à une même qualité et quantité d'opium qu'un européen qui aurait une constitution somatique comparable à la sienne, en apparence du moins, et qui partagerait les mêmes habitudes de toxicomanie. Un autre exemple nous est signalé par le D^r REINBURG (1) lorsqu'il nous montre quelle différence profonde se manifeste dans l'action d'un autre toxique le *yagé* suivant qu'il est pris par un européen ou par l'indigène de Colombie.

Et enfin que l'on juge cette diversion dans l'exposé de notre sujet non pas comme une critique à l'adresse des travaux apportés antérieurement sur la question du peyotl, mais seulement comme un rappel à des considérations qui doivent inciter à la prudence lorsque vient le temps d'établir des conclusions en pareille matière.

Manifestations organo-végétatives

Voici d'après les données de ROUHIER quelques points des mieux définis de l'action physiologique du panpeyotl injectable chez les animaux de laboratoire (chez le chien).

Dans le domaine de la circulation. Les doses faibles ($1/20 \text{ cm}^3$ par kg., ne provoquent pas de modification si ce n'est une légère augmentation de la pression. Les

(1) D^r REINBURG, contribution à l'étude des boissons toxiques des Indiens du N. O. de l'Amazonie, *Journ. de la Société des Americanistes de Paris*, t. XIII, 1921, pp. 23 et 197.

doses plus fortes sont hypotensives (1/5 de cc. par kg.). Les doses très fortes enfin font tomber considérablement la pression sanguine. Il y a vaso-dilatation et fléchissement de l'activité du cœur lui-même.

Les expériences de DIXON témoignaient dans le même sens (1).

Nous n'avons observé nous-même chez un animal de même espèce qu'un léger abaissement de la pression sanguine après administration de la dose de 1/5 de cc. environ par kg. d'une solution de panpeyotl injectable représentant son poids de plante.

La respiration serait passagèrement ralentie. Nous n'en avons pas confirmation chez notre sujet qui par ailleurs présentait un état passionnel colère de nature à modifier la physionomie de ses réactions organiques.

Pour ce qui concerne l'action du peyotl sur le système nerveux beaucoup reste encore à découvrir sans doute.

ROUHIER note une paralysie chez la grenouille après une injection de 2 cc. de la drogue dans le sac lymphatique.

DIXON (2) signale l'exagération des réflexes sous l'influence de doses modérées chez les mammifères.

Avec une dose de 1/5 de cc. on obtiendrait d'après ROUHIER des mouvements convulsifs $\pm$ intenses rappelant ceux observés dans l'intoxication par la strychnine.

(1) W. E. DIXON. — The physiological action of the alkaloids of the anhalonium Lewinii *Journ. of Physiology*, t. XXV, p. 69, London 1899.

(2) DIXON. — *Journal of Physiology*, XXV, p. 69, 1899.

La toxicité du peyotl pour l'animal est considérable si on en croit ROCHIER qui observe la mort presque immédiate chez un chien ayant reçu une dose de 1 cc. par kg. d'animal de panpeyotl injectable. La mort a lieu au milieu de phénomènes convulsifs.

*
* *

Voyons maintenant ce que les auteurs nous apprennent sur les effets de ce complexe pharmacodynamique qu'est le peyotl plante ou extrait alcaloïdique total introduit dans l'organisme humain.

Tout d'abord le peyotl est faiblement toxique pour l'homme surtout administré par voie digestive et le seul cas rapporté par LEWIN où furent observés des désordres graves doit être imputé, selon ROCHIER, à l'emploi d'une autre cactée.

Réserves faites sur les divers facteurs de variations que nous avons déjà signalés tenant aux prédispositions individuelles des sujets et à la richesse en alcaloïdes du produit employé, le peyotl entraîne, chez l'homme, un état d'intoxication, nous donnons à ce mot un sens physiologique analogue à celui attribué par le Pr RICHET au mot poison (1). Au cours de cet état survient un ensemble de modifications dans le jeu des divers organes et qui peut, au même titre que ce qu'on observe par l'usage de l'opium et du chanvre indien par exemple, porter le nom d'ivresse.

Sous l'action de la drogue que nous étudions, l'homme,

(1) Ch. RICHET. — *Les poisons de l'intelligence*, Paris, 1877..

d'après ce qui ressort des vingt-deux observations analysées par ROUHIER, traverse deux phases symptomatologiques distinctes. Une première phase d'excitation physique et mentale souvent accompagnée d'un sentiment agréable d'expansion vitale. La seconde au contraire faite de sédation et de paresse, d'engourdissement de l'activité psychique et organique, donc par contraste une sorte d'exaltation de la vie de certaines sphères sensorielles comme celle de la vision.

Schématiquement, nous envisagerons séparément l'action du produit sur la circulation, la respiration, l'appareil digestif, les sécrétions, la température, la motricité, la sensibilité générale et spéciale, le domaine sensoriel et la sphère psychique enfin.

Le pouls sous l'influence du peyotl se ralentit d'abord.

Les variations extrêmes atteignent des diminutions de fréquence de trente-deux et de sept pulsations. Le premier chiffre maximum fut observé par PRENTISS et MORGAN avec une dose de sept mescal-buttons (21 gr. de peyotl sec environ) ; le second par ROUHIER avec deux grammes de panpeyotl.

Les mouvements du cœur, selon les mêmes auteurs, atteignent leur maximum de ralentissement vers la troisième heure puis remontent une courbe qui figure un palier environ six heures après le début de l'intoxication (1).

(1) Dans une observation inédite effectuée par le Docteur BOREL, chef de clinique des maladies mentales de la faculté de Paris, on retrouve une appréciation identique des variations du pouls.

La qualité du pouls se modifie en général très peu ou pas du tout.

Pas d'action dépressive sur le myocarde. Chez un sujet d'HAVELOCK ELLIS cependant surviennent des variations inquiétantes dans le régime cardiaque. « Il (le pouls) se montra faible et compressible avec un deuxième battement perceptible. Puis il devint intermittent au point de présenter une pause de deux secondes entre chaque battement sans que le sujet s'en rendit compte. Cinq heures après il devint si imperceptible qu'on dut administrer du café au patient. Pendant deux jours il fut faible et les palpitations cardiaques furent fréquentes ».

Chez un sujet de ROUHIER (obs. II) on note l'accroissement des signes d'insuffisance mitrale préexistants.

La pression artérielle ne subit pas des modifications assez constantes pour qu'on puisse conclure à l'action de la drogue sur elle.

WEIR MITCHELL et ESHNER notent dans la période d'acmé de l'ivresse la vaso-dilatation périphérique avec injection légère des conjonctives.

La respiration paraît également peu touchée par l'intoxication mescalinique. HAVELOCK ELLIS, PUTT, DIXON signalent un peu d'oppression. ROUHIER n'a rien observé de semblable.

La fonction de phonation qui se rattache à l'acte respiratoire est atteinte. Le sujet lui-même et l'entourage notent une sensible modification du timbre de la voix (1).

(1) HAVELOCK ELLIS, PUTT, BRIAU (obs. I). ROUHIER obs. III).

Quelques troubles digestifs. Sensation de plénitude gastrique, des bâillements, des éructations. Vertiges gastriques.

Les vomissements sont quelquefois observés.

Par contre nous devons remarquer que des sujets à passé gastro-intestinal très chargé ont fort bien toléré le médicament.

Aucune influence perturbatrice sur la fonction hépatique n'a été signalée.

Dans le domaine des sécrétions les effets observés sont inconstants. HAVELOCK ELLIS, PRENTISS, MORGAN signalent chez certains individus de la pollakiurie.

On sait d'autre part que l'élimination de la drogue se fait par les urines et la salive, milieux où il est possible de reprendre et d'extraire les alcaloïdes absorbés.

Jamais il n'a été signalé de modification de la température.

La motricité du peyotlisé est modifiée dans le sens de la suractivité au moins au début de l'ivresse peyotlique. Citons ROUHIER : « Le visage s'anime et se colore, les yeux deviennent vifs et brillants, les bras et les jambes sont souvent le siège de légers fourmillements. Ce sujet marque une certaine loquacité et quelquefois un peu d'exhilaration. Actif, remuant, faisant preuve d'une grande lucidité il accomplit avec facilité et prestesse son travail habituel et vaque avec aisance à toutes ses occupa-

tions coutumières ». « L'effort physique lui est agréable et léger : il est capable d'accomplir un long parcours, une ascension difficile, de gravir deux par deux, pendant plusieurs étapes, sans être essouffé, les degrés d'un escalier. Sa marche est normale, son équilibre parfait. Dans cet état l'indien mexicain côtoie avec assurance les précipices les plus profonds de la sierra ».

L'action du peyotl rappelle donc celle de la feuille de coca qui permet aux indigènes péruviens de fournir des marches forcées dans des milieux semi-désertiques ou montagneux, et d'accès difficile. Après trente à quarante jours d'un voyage à pied dans la steppe et le désert, rendu plus pénible encore par les pratiques d'abstinence prescrites par les rites, l'indien du Mexique, revenu de la récolte du peyotl peut encore, grâce à la plante, prendre une part active aux exercices de chant et de danse que comportent les cérémonies nocturnes. LUMHOLTZ rapporte comment l'ingestion d'un seul mes-cal-button frais lui permet de fournir l'effort d'une longue et pénible étape (1).

Cet état de surproduction se maintient pendant la première phase de l'ivresse peyotlique ; lors de la seconde la réaction peut être toute autre. A la place de cette suractivité naît alors un état d'apaisement musculaire. Le sujet, alors même qu'il n'est affecté ni de nausées ni de vertiges, est souvent comme engourdi, sobre

(1) LEBBA citant le peyotl dans son livre : *La psychologie du mysticisme religieux* insiste sur ce fait de l'endurance à la fatigue que présentent les indiens grâce à son usage.

de mouvements : ses gestes sont lents, imprécis, dénués d'énergie. Et pourtant la puissance musculaire est souvent intacte mais la paresse, la douce langueur dominent le peyotlisé.

Chez un sujet d'HAVELOCK ELLIS particulièrement débile survient une paralysie transitoire. Chez d'autres on constate seulement du tremblement des membres, des contractions musculaires fibrillaires. PUTT décrit un curieux phénomène d'incoordination des mouvements de la main.

En revanche des sujets comme ESHNER lui-même peuvent exécuter en pleine intoxication une série d'exercices sportifs avec célérité et adresse.

Donc suractivité motrice dans la première phase se prolongeant pendant la seconde ou cédant le pas à un état d'inertie physique agréable.

L'étude de la réflexivité tendineuse donne des résultats variables. Il semble que les modifications se font plutôt dans le sens de l'exagération.

La sensibilité elle aussi se trouve profondément modifiée. La sensibilité générale est affectée à la fois dans le domaine objectif et subjectif.

Souvent apparaît une certaine anesthésie de la peau et du cuir chevelu. DIXON précise que les sensations douloureuses répondant de l'excitation de la peau par des agents mécaniques sont considérablement émoussées. ROUHIER transcrit dans son livre (1) un récit du

(1) ROUHIER, *loc. cit.* : p. 331.

P. ARLEGUI qui décrit une curieuse cérémonie rituelle en honneur dans certaine tribu indienne ; petit supplice qui démontre jusqu'à quel point le peyotl peut créer l'anesthésie à la douleur.

De nombreuses perturbations peuvent survenir dans le domaine de la sensibilité subjective : fourmillements, sensation d'engourdissement, picotements, brûlures. Sensation brusque de froid et de chaud.

Et enfin modification de la sensibilité interne, de la coenesthésie d'où résulte probablement le bien-être que peut procurer l'usage du peyotl.

Cette impression de légèreté physique qui ferait naître presque le sentiment d'immatérialité corporelle familières aux adeptes du haschich. Cette perte de la sensation de fatigue, d'épuisement — cet oubli de l'effort qu'ESHNER appelle une « anesthésie motrice » — nous paraissent constituer l'élément le plus précieux de la valeur thérapeutique de la plante.

Les sensibilités spéciales, les organes des sens sont à divers degrés touchés par l'action de la drogue.

L'œil surtout est en proie à des phénomènes étranges. Mais bien que nous ne puissions pas affirmer la nature purement centrale, cérébrale, des « visions peyotliques » nous préférons les citer seulement plus avant au cours de l'analyse des symptômes psychiques de l'ivresse.

En temps que rétine, l'œil paraît jouir d'abord d'une activité exaltée. L'accroissement de l'acuité visuelle permet de discerner des détails infimes qui eussent échappé à un œil normal. Encore certains auteurs sont-ils

tentés de rapporter ceci à un état de suractivité de l'écorce occipitale visuelle.

Le fonctionnement de l'appareil d'accommodation paraît troublé dans la seconde période de l'intoxication surtout.

Le sphincter irien est en état de mydriase modérée et donne du regard une expression étrange que traduit très bien le mot « émerveillé » que lui applique ROUHIER. La dilatation pupillaire s'exagérant la vision distincte des objets devient difficile parfois. Leurs contours sont estompés, irisés de lueurs brillantes. On observe des confusions dans l'appréciation de leur teinte. Mais déjà n'allons-nous pas vers les phénomènes d'illusion dont nous nous sommes promis de ne parler que plus tard.

La lecture de l'observation princeps de ROUHIER et les détails que nous avons retrouvés dans son livre nous font penser à l'existence d'un rétrécissement passager du champ visuel dont l'étude serait à entreprendre à l'aide de techniques de neurologie oculaire (1).

L'acuité auditive baisse souvent. L'odorat est émoussé chez certains sujets ou du moins l'identification d'odeurs perçues est impossible ; quelquefois l'odorat et le goût deviennent au contraire fort subtiles.

Un point reste sur lequel nous voudrions appeler l'attention avant de clore cette rapide revue d'ensemble des

(1) Voir dans A. HOBSCETTE, *les Cactées Médicinales*, Paris, Picard, 1928, deux gravures reproduisant d'après les croquis originaux de ROUHIER les visions obtenues par cet auteur, avec la figuration des différents modes de rétrécissement du champ visuel.

symptômes physiques de l'ivresse peyotlique et c'est que, à notre connaissance du moins, les travaux publiés jusqu'alors sur le peyotl n'ont pas élucidé l'importante question de son action possible sur le système neuro-végétatif sympathique et parasympathique (1).

Manifestations mentales

Le cerveau humain réagit sous l'emprise de la drogue. Et comme il arrive pour tous les poisons de l'esprit, le facteur individuel crée des variations à l'infini dans la forme des réactions mentales pour une même dose d'un produit absolument identique. Nous ne pouvons donc indiquer ici que quelques modalités parmi les plus constantes, les plus fréquemment observées par nos prédécesseurs dans l'étude du psychisme des « peyotlisés ».

A la phase première de l'intoxication, celle que nous proposons d'appeler phase pré-ébrieuse, se dessine un état psychique d'excitation parallèle à la suractivité motrice déjà décrite. Etat agréable pour le sujet à propos duquel les expérimentateurs ont prononcé le mot euphorie et dont nous rapporterions volontiers la tonalité affective à un sentiment d'expansion vitale sans obstacle, sans entrave. Sentiment de puissance physique ; confiance en ses muscles, en ses nerfs, perte de la sensation d'effort, oubli de la fatigue, n'est-ce pas là une

(2) R. LEROY (Travaux inédits).

source de conditions très favorables à la naissance de l'euphorie.

L'audace que montre un des sujets de ROUCHER en s'engageant sans hésiter dans un passage dangereux au-dessus des eaux rapides d'un fleuve, est une traduction des plus probantes de la confiance en soi qui peut animer l'âme humaine sous l'influence de la drogue. Il existe aussi souvent un sentiment de supériorité de puissance intellectuelle.

WEIR MITCHELL par exemple « J'eus l'impression exacte que mon intelligence était plus compréhensive que de coutume. Je me sentais capable de résoudre sûrement tous les problèmes..... Je me trouvais dans un état d'esprit plutôt flatteur pour moi ; une entière conscience de puissance avec cependant un contrôle absolu sur toutes mes facultés ».

Et l'expérience lui démontre bientôt l'inanité de cette envolée dans l'estime de soi. Mais il semble garder une impression si agréable de cette illusion aimable quand il ajoute : « Un état d'âme est comparable à un climat et on ne peut raisonner sur lui. J'éprouvais, depuis bientôt deux heures, ce sentiment orgueilleux de supériorité ».

HAVELOCK ELLIS parle à son tour d'« un sentiment inusité d'énergie et de puissance intellectuelle.

Nous venons de dire que l'expérience sous la forme de quelques épreuves tentées par le sujet lui-même peut démontrer que cette impression d'accroissement de l'intelligence à un degré supérieur, inusité, ne répond à aucune réalité. Le lendemain la consultation

médicale écrite par WEIR MITCHELL sera jugée par lui-même aussi peu brillante qu'elle est apparue décisive et supérieure à ses yeux sous l'empire de la drogue. Essaie-t-il de saisir le sens obscur d'une étude qu'il a tenté de découvrir déjà, il doit s'avouer qu'il ne l'a pas mieux comprise.

Le peyotl ne l'a pas fait plus intelligent, comme l'opium, le haschich, la cocaïne et la cohorte des poisons de l'esprit, il est impuissant à tirer d'un cerveau plus que ce cerveau ne donne d'habitude. Et le sujet qui l'a goûté, s'il vit cette illusion d'être devenu plus grand par l'esprit est tout simplement victime d'un trouble du jugement, d'un affaiblissement de l'autocritique léger et transitoire.

Avec l'état d'ivresse peyotlique consommée le sujet entre dans une nouvelle phase psychique. Et lors un certain parallélisme semble exister entre les modifications des facultés mentales et celui de l'activité motrice de l'individu.

« Ce sentiment d'énergie et de puissance intellectuelle ne tardent pas à se transformer en un état de sédation nerveuse, de langueur physique, de tranquillité mentale accompagné d'une tendance à la rêverie qui n'est pas sans charme ».

Nous sommes entré par la voie de l'affectivité dans cette brève analyse du psychisme de l'intoxiqué et cette fois encore nous nous occuperons de cette faculté en premier plan.

ROUHIER nous dit : « Plante d'esthétique et de beauté » le peyotl ne modifie pas l'état affectif et pas plus qu'il

» ne provoque d'état exhalant, comme le haschich ou le protoxyde d'azote, ou hautement euphorique » comme l'opium) il ne produit de crise d'angoisse, de terreur ou de peur de la mort (comme le chanvre, la cocaïne, les « herbes sorcières » : atropine et solanées (1).

La lecture des observations fait penser en effet à la création d'un état d'indifférence de sérénité quasi inaltérable. Et cependant cette période pourrait être à bon droit émouvante pour le sujet qui assiste alors à un défilé tellement intense de ces visions de caractère hallucinatoire dont nous parlerons plus loin. On peut considérer à vrai dire la valeur des expressions de « plaisir d'« état d'extase » employées par les sujets pour peindre leur état d'âme, devant les choses jolies et curieuses qui émerveillent leur regard.

Dans l'observation n° 2 de ROUHIER on note un état agréable qui accompagne des hallucinations visuelles très riches. Le sujet rit, s'amuse du caractère burlesque de ses visions. L'observation n° 3 du même auteur contient les remarques suivantes : « Elle rit beaucoup sans cause », « nous déclare que son état présent lui est très agréable », « son ivresse continue à être agréable et hilarant ». Chez un autre sujet enfin (obs. 4) le rire est très marqué également.

Mais rire ne veut pas dire nécessairement joie. Et il semble bien au fond que le sujet « peyotlisé » soit peu capable de mouvements d'âme. Les émotions sont intel-

(1) ROUHIER. — *Loc. cit.*, p. 273.

lectualisées. « Absolument conscient de l'irréalité de ses plus fantastiques visions le sujet ne s'en émeut jamais » (1).

Il est probable que s'il a été fait usage de doses plus faibles ou si le sujet offre une résistance particulière, la sédation musculaire ne survenant pas aussi accentuée, la douce indifférence affective pourra très bien ne pas atteindre à ce degré et la joie de vivre plus, qui caractérisait la période pré-ébrieuse pourra persister (2). D'autre part la dose physiologiquement tolérable par un organisme donné une fois dépassée, l'état de sérénité sera-t-il troublé ? Sans vouloir conclure d'un seul fait d'expérience on pourrait invoquer le témoignage du peintre d'HAVELOCK ELLIS, être taré physiquement et psychiquement qui présenta au cours de l'expérience des symptômes cliniques alarmants. Alors qu'il ressent une impression analogue à celle que doit donner la paralysie des nerfs moteurs il écrit : « Je sentais qu'aussi loin que cela pouvait aller, je n'étais pas en danger ».

Mais l'élément le plus caractéristique de cette période d'ivresse, élément que nous avons négligé tout d'abord parce que la tonalité affective entre davantage dans le cadre de notre recherche personnelle, est le trouble survenu dans le domaine de la perception. La perception est en effet affectée gravement et surtout dans la sphère

(1) ROUHIER. — *Loc. cit.*

(2) Voir dans A. HOBICHETTE. — *Loc. cit.*, l'auto-observation de cet auteur.

sensorielle visuelle. Très accessoirement elle est troublée dans la sphère olfactive et auditive.

Nous avons déjà signalé l'hyperacuité de la vue survenue au début de l'intoxication. Cette hyperacuité finit par créer pour le sujet l'impression que le monde extérieur n'est plus tout à fait le même. Puis il glisse vers la perception erronée de sensations réelles, vers l'illusion visuelle qui paraît fréquente lors de la phase ébrieuse.

Près de l'illusion, un autre phénomène tout aussi caractéristique de cette période, est la production d'hallucinations visuelles. Sous sa modalité atténuée, nous serions tenté de dire sous sa forme élémentaire, l'hallucination peyotlique est assez proche des phosphènes, qui, paupières closes, assiègent certains sujets en état pré-hypnagogique. Mais avec cette particularité que ces nappes colorées, ces taches ont ici une tendance très marquée à prendre forme. Et par leur intensité, la richesse de leurs coloris, de leurs variations et leur grande mobilité elles dépassent de très loin celles qui selon certains psychologues tissent, avant l'invasion du sommeil, la trame de nos rêves.

Plus évoluée la vision peyotlique prend tout à fait l'aspect de l'hallucination. Elle naît devant les yeux grands ouverts, dans l'obscurité ou sous un éclairage atténué. Il s'agit, soit d'une succession d'images évoquant des objets et des êtres connus et qui ne valent que par l'intensité de leurs couleurs splendides, de leur luminosité, de l'impression de vie éprouvée devant elles ; ou bien, et parce que le sujet est particulièrement bien

doué sans doute, d'une véritable fantasmagorie d'images comparable au rêve le plus riche d'une grande imagination déchaînée.

Nous signalerons le caractère lilliputien de certaines images peyotliques réalisant le syndrome de Raoul LEROY.

Un autre caractère dont HAVELOCK ELLIS a décrit un cas remarquable et que ROUCHER a soigneusement étudié, est la possibilité du phénomène qu'il nomme « synesthésie peyotlique ». Il s'agit de plusieurs cas d'« auditions colorées », c'est-à-dire de transpositions des sensations auditives sur le clavier des perceptions visuelles.

Le sujet assiste passivement à cette « symphonie fantastique » de la vision. Les hallucinations l'amuse, l'émerveille, mais ne lui donnent nous l'avons vu aucune émotion profonde même si elles deviennent laides, repoussantes, menaçantes. Il est absolument incapable d'en diriger le cours. Aurait-il encore malgré son état de paresse des velléités d'agir, que l'intervention de sa volonté débile ne réussira qu'à porter le trouble dans la marche du spectacle. Des laideurs discordantes apparaissent.

ROUCHER le compare à « un maladroit, qui voulant intervenir dans le mouvement d'une mécanique incon nue, ne réussira qu'à contrarier la marche régulière et à faire grincer les rouages ». Le monde extérieur, lui, est capable de mener le processus phantopsique (1) à sa

(1) Phantopsies ; mot créé par le P^r H. TAUC, de Montpellier.

guise. Une suggestion à peine indiquée par un assistant est capable d'en modifier très vite le thème.

Et enfin au paroxysme de la fantaisie le sujet reste conscient de l'irréalité de ce qu'il voit. L'hallucination peyotlique est un type d'hallucination consciente.

A côté de ce syndrome d'automatisme mental il existe des modifications d'ensemble portant sur d'autres facultés intellectuelles.

L'orientation du sujet est en général peu atteinte si ce n'est pas la perte partielle de la notion du temps.

L'idéation se montre un peu ralentie. L'attention faiblit ; le sujet est distrait, dispersé. Volontairement il ne peut fixer son esprit que difficilement et pour peu de temps.

L'attention qu'il prête à ses visions *paraît* essentiellement passive. Et peut-être cette faiblesse de l'attention est-elle très favorable à la production de l'automatisme mental.

La mémoire *semble* paresseuse et cependant elle est loin de l'être sous toutes ses modalités car la fixation des souvenirs actuels est prompte et active. Celui qui a pris le peyotl peut longtemps après revivre par le souvenir avec une intensité inaccoutumée les visions de son ivresse.

La conscience est peu altérée. Nous avons vu que l'hallucination visuelle est jugée comme une irréalité si intense soit-elle. Par ailleurs lorsque se produit et persiste le sentiment de cette supériorité intellectuelle, factice de la première phase, il ne paraît pas possible de nier qu'il existe là un léger trouble du jugement. Enfin

dans certains cas surviennent des altérations de la personnalité très curieuses dont ROUHIER cite plusieurs exemples (1).

L'activité est amoindrie. « Plus ou moins béatement ataraxique l'expérimentateur étendu, répugne au moindre effort de pensée, de paroles, d'actes ou de gestes pour ne plus subir que passivement, le déroulement du spectacle intérieur ». On signale aussi la difficulté d'élocution, parfois un certain degré d'aphasie. Mais ceci n'est pas une règle. De nombreux témoignages sont contre.

WEIR MITCHELL écrit par exemple : Mon sens critique était à l'affût. Sans défaillance je me tenais en garde à l'aide de toutes mes facultés d'observation et de réflexion en pleine activité » ROUHIER : « L'intelligence surtout reste, presque toujours nette, précise, active » grande facilité et une extraordinaire aisance au travail » dit un sujet de PRENTISS et MORGAN. Donc contradiction apparente qui, encore une fois peut s'expliquer par une question de drogue (2) ou une question de terrain psychique particulier.

(1) ROUHIER. — *Loc. cit.*, p. 323.

(2) Les expériences de ROUHIER ont été faites avec une drogue provenant du Mexique central (Etat de San-Luis Potosi). Les préparations de peyotl qu'il a bien voulu effectuer sur notre demande provenaient de plantes originaires du Rio Grande del Norte (El Paso). M. ROUHIER nous a fait part des différences très sensibles qu'il avait constatées entre les formes d'ivresses obtenues avec ces drogues de provenances différentes : la deuxième sensiblement moins « visionnaire » que la première, mais par contre excitante, etc.

Note. — Au moment où nous terminons cette rapide esquisse paraissait : *L'ivresse mescalinique, son histoire, ses manifestations. Travail très*

Des accidents psychiques plus graves ont été signalés ; un des sujets de l'auteur précité aurait présenté un état confusionnel, un autre des idées de persécution avec impulsion à la violence sans réalisation d'acte du reste.

Toxicologie

Le plus généralement l'intoxication aiguë par le peryott n'entraîne pas d'effets secondaires fâcheux. Une légère fatigue que dissipent aisément quelques heures de repos. L'état des voies digestives est moins mauvais que celui qui suit les excès d'alcool ou les prises d'opium. On a signalé de la céphalée. Quelques douleurs stomacales persistantes.

complet et très documenté présenté par le D^r KURT BERINGER d'après les recherches effectuées à la clinique d'Heidelberg. De cette œuvre, comprenant de nombreuses et minutieuses observations accomplies à l'aide de sulfate de mescaline synthétique, nous ne citerons ici que quelques traits d'un chapitre consacré à l'étude des modifications de l'état affectif.

L'auteur nous parle d'un état d'euphorie survenant une heure environ après le début de l'ivresse. Si le sujet a reçu de petites doses elle se manifeste par de la bonne humeur, de la gaité, du bavardage, une tendance aux plaisanteries, aux taquineries.

Si les doses sont plus élevées l'euphorie s'accompagne d'un sentiment de malaise physique

Parfois apparaît un *rire incoercible*, rire non fondé, automatique et reconnu comme tel par le sujet, rire qui rappelle l'hilarité formidable provoquée parfois le haschich.

Des *états voisins de l'ivresse*, sentiment que quelque chose va se passer, quelque chose de très important mais que le sujet ne peut définir ni connaître malgré son désir. Ou au contraire se produit un état d'extase avec connaissance parfaite analogue aux états extatiques des mystiques.

Par contre une fois apparaît brusquement un état d'anxiété immotivé et d'ailleurs passager.

On note enfin la rareté des états de dépression vraie. Encore ces états sont-ils apparus après l'ivresse.

Rien n'a été relevé sur le chapitre de l'intoxication chronique par le peyotl. ROUHIER nous affirme qu'elle n'existe pas. Et, chose très importante, quand il s'agit d'introduire en thérapeutique un tel principe actif, ce même auteur nie que la plante puisse produire jamais cette accoutumance qui fait les toxicomanies.

Ce qu'a donné déjà le peyotl en thérapeutique

Avec de telles propriétés la petite cactée devait faire son entrée dans le monde de la thérapeutique.

Il paraît conforme à la tradition de penser que le peyotl ne donne pleinement son effet que chez les individus doués d'un organisme sain et d'un cerveau bien équilibré.

Cependant l'Indien qui lui attribue un caractère divin n'a pas manqué de l'introduire dans son arsenal de guérisseur empirique.

LUMHOLTZ rapporte comment un muletier piqué par un scorpion fut soulagé par son emploi à l'intérieur.

« La gorge n'était pas enflammée et le malade n'éprouvait aucune crainte ».

En dehors de cet usage dans le traitement des intoxications par les venins, les indigènes l'emploient comme tonique et stimulant, comme analgésique dans les arthralgies, comme sédatif de la toux dans la bacillose pulmonaire.

Chez les blancs, le cactus a déjà reçu les applications thérapeutiques multiples peut-être même trop nombreu-

ses pour qu'on en puisse à l'heure actuelle tirer rien de net quant à sa valeur et ses indications.

On en a fait usage en Amérique pour le traitement de phénomènes spasmodiques : toux, dyspnées, spasmes intestinaux douloureux. Dans un cas de manie aiguë il se produisit une sédation complète de l'agitation.

En 1889, LANDRY, un médecin de l'Etat, d'Indiana, le préconisait dans la thérapeutique de l'asthme, de l'angor pectoris et comme toni cardiaque. Il prétend y trouver les propriétés de la strychnine et celles de la morphine à la fois, le pouvoir tonique de la quinine et le juge un incomparable adjuvant de la digitale.

Les médecins mexicains en font un excitant du système nerveux, un analgésique, un diurétique et un bon toni cardiaque.

PRENTISS et MORGAN, W. DIXON le jugent comme un bon sédatif antispasmodique et conseillent son emploi dans les délires, l'irritabilité nerveuse excessive, l'agitation et l'insomnie douloureuse. Et puis sachant « que le premier effet appréciable de la drogue était un effet sédatif et calmant du système musculaire » ils y trouvent la confirmation de l'idée d'une action apaisante sur le système nerveux. A l'opposé ils l'indiquent comme pouvant être employé « comme stimulant cérébral dans le cas de mélancolie, hypocondrie et quelques formes de neurasthénie ». Ils le proposent comme un succédané de l'opium dans les cas d'intolérance ou de contre-indication vis-à-vis de ce médicament. ROUHIER définit ainsi ses propriétés thérapeutiques : « un toni sédatif » et « un stimulant du système nerveux ». Ce qui fait espérer que

l'on puisse réaliser avec son aide cette formule optima : l'apaisement sans action secondaire dépressive.

Nous aurions garde d'oublier ici les essais d'application thérapeutique tentés par le Dr Raoul LEROY en 1924. Les recherches ont été faites sur des mélancoliques, mais non dans le but précis de s'attaquer au symptôme anxiété. Elles sont inédites et nous devons à l'obligeance de l'auteur lui-même l'avantage de pouvoir en citer les conclusions.

De façon constante et manifeste M. LEROY a observé :

1° Une action sédatrice sur les phénomènes douloureux qui pouvaient être rapportés à une cause organique ;

2° Une action vagotropique consistant en un ralentissement du pouls avec accentuation légère du R. O. C. dans le sens positif ;

3° Aucune action sur l'intensité des éléments intellectuels constituant le délire ;

4° Pas de modification appréciable de l'état affectif des malades.

Les doses employées furent 1 gramme à 1 gr. 25.

L'auteur ajoute qu'il a des raisons d'estimer que le panpeyotl dont il a fait usage avait une faible teneur en alcaloïdes.

Il nous paraît opportun de rappeler ici les essais déjà cités que Richard HUTCHINGS fit en 1897 avec la peyotline (pellotine) isolée des autres alcaloïdes de la plante. L'auteur l'administra à des malades tantôt *per os*, tantôt par voie hypodermique dans le but d'en éprouver les vertus sédatrices et hypnotiques. Il conclut de ses expériences : « Le médicament n'a produit que quatre heures

de sommeil, mais administré au commencement de la nuit il donne un repos bien plus long. Il agit efficacement chez certains agités et alors même qu'il ne donne pas le sommeil il produit un calme satisfaisant. Le seul inconvénient est que lorsqu'il est porté à de fortes doses il détermine l'apparition de vertiges facilement calmés du reste par la position couchée (1) ».

(1) R HUTCHINGS. — Report on use of Pellotine as a sédative and hypnotic. *State Hospitals Bulletin* (1897).

CHAPITRE II

—

DE L'ANXIÉTÉ SYNDROME

DE L'ANXIÉTÉ SYNDROME

L'anxiété est un syndrome morbide qui a suscité depuis les origines de la psychiatrie de nombreux travaux. Nous nous interdisons d'en faire ici une énumération qui ne pourrait être que fastidieuse et sèche, car nous ne voulons pas nous laisser entraîner trop loin de notre sujet. Nous citerons cependant quelques noms parmi eux qui s'attachent de plus près à son histoire.

FALRET, BAILLARGER, KRAEPLIN, CHARCOT, MOREL ont étudié et mis au point des types d'anxiété demeurés vivants.

Plus près de nous FREUD, HARTENBERG ont mis en relief sa place dans la symptomatologie de la névrose d'angoisse. En 1902 LALANNE fournit au congrès de Grenoble un rapport très complet sur la question des états anxieux dans les maladies mentales. L'école de DUPRÉ donne naissance après guerre au remarquable ouvrage de DEVAUX et LOGRE. « Les anxieux ». A la même époque F. HECKEL produisait : « La névrose d'angoisse ». Enfin Maurice DE FLEURY a écrit quelques années plus tard un livre d'esprit moins dogmatique mais d'une grande puissance « l'Angoisse humaine ».

DEVAUX et LOGRE ont défini l'anxiété : « une émotion caractérisée par un état de douleur morale et d'incertitude avec sensation fréquente de constriction physique, Cette sensation physique de resserrement constitue à proprement parler l'angoisse ».

Une émotion aiguë, suraiguë même qui représente un moment critique dans le régime affectif du sujet représente l'élément capital du syndrome. Pour lui donner naissance s'associent de façon plus ou moins égale et plus ou moins constante, l'insécurité dans l'ordre affectif, le doute dans le domaine des idées et l'irrésolution dans le domaine de l'activité.

L'émotion anxieuse entraîne à la fois de la dépression, parce que la douleur et le doute extrême bannissent l'espoir générateur d'énergie, et de l'activité parce que la résignation n'est pas non plus possible devant l'inconnu du danger. Une réaction de défense s'impose inéluctable sous la forme d'une activité sans application utile, sans but, également incapable de se discipliner et de se limiter. — « La force nerveuse utilisée se dérive tout entière sur le sujet lui-même sous forme d'émotivité stérile ; elle n'aboutit qu'à son supplice et à son épuisement. C'est une torture sans cesse renouvelée, que l'anxieux provoque et entretient lui-même par son propre effort ; c'est le « hard labour de l'émotivité » (1).

Est-il besoin de discuter maintenant sur ce que pareil état peut engendrer de douleur morale. C'est « la plus douloureuse des réactions émotives ». Maurice DE FLEURY

(1) DEVAUX et LOGRE. — *Les anxieux*, Paris, 1917, p. 14.

la juge ainsi : « De toutes les souffrances dont la vie est semée c'est la moins tolérable ». Souvent on la qualifie d'infernale.

A l'état de douleur morale se joint fréquemment, mais non nécessairement, un élément physique, celui qui exprime à nos yeux l'existence de l'état d'anxiété et que l'on nomme angoisse. Quelque discutée que puisse être la base anatomique qu'il paraît donner à son raisonnement, BRISSAUD insiste avec raison sur la valeur respective des termes angoisse et anxiété : « l'angoisse est un phénomène bulbaire, l'anxiété est un phénomène cérébral : l'angoisse est un trouble physique qui se traduit par une sensation d'étouffement, de constriction, l'anxiété est un trouble psychique qui se traduit par un sentiment d'insécurité indéfinissable. Si on ne prend soin de distinguer ces deux ordres d'accidents, la conception des états anxieux restera toujours confuse. » (1) Et cette autre mise au point faite par le même auteur et rapportée par FAMENNE au Congrès Belge de neurologie (Bruges, 1911) : « Quant au mot anxiété, il s'applique évidemment moins à la sensation physique de constriction thoracique ou d'étouffement qu'à l'état mental qui accompagne cette sensation.

« Il traduit le trouble, l'inquiétude, la terreur, qu'inspirent les conséquences immédiates de cette oppression : c'est l'appréhension subite de l'asphyxie et de la syncope, c'est la claire vision du danger suprême ».

(1) BRISSAUD. — Congrès de Grenoble, 1902.

Pourrions-nous mieux résumer la définition du syndrome que par cette phrase de M. DE FLEURY : « C'est la somme d'un supplice physique et d'une torture morale ».

Voilà la base. Quelles en sont les manifestations cliniques ? Toute analyse est sèche, incolore ; il faut voir l'anxieux lorsqu'il atteint à un paroxysme, à un de ces états que l'auteur précité appelle « accès majeur ».

« Quand il manifeste au dehors sa misère, l'anxieux, l'estomac serré dans un étau, claque des dents, frissonne, balbutie, se tord les mains, va et vient le regard effaré, en proie tout à la fois à une indicible fatigue et au besoin de s'agiter pour assouvir la force étrange qui l'étreint et le pousse... D'autres demeurent comme figés sur place, tout le corps baigné de sueur, les bras et les jambes refroidis comme ceux des cadavres, la face ravagée, l'esprit tout imprégné d'un sentiment vague et puissant de mort » (1).

L'examen méthodique d'un anxieux en « état de mal » nous révèle tout un cortège de manifestations symptomatiques variable dans la constance et le degré d'intensité de ses éléments constitutants.

Un ensemble de manifestations somatiques d'abord. Il y entre des troubles moteurs parmi lesquels l'asthénie, la faiblesse musculaire, avec par contraste la contracture qui domine dans le même temps certains groupes de fibres lisses ; le tremblement plus ou moins généralisé, plus ou moins diffus ; l'incoordination des

* M. DE FLEURY. — *L'angoisse humaine*.

mouvements volontaires : et enfin des troubles de l'élocution. La langue hésite, tremble et parfois refuse tout usage. Un élément secondaire, fréquent également, est le vertige avec dérochement des jambes et chute. Ce vertige que BONNIER attribue à un phénomène de diffusion bulbaire au noyau vestibulaire de la huitième paire a été isolé sous le nom de syndrome de Deiters par cet auteur. Au contraire de l'immobilité pseudo-paralytique on observe souvent une agitation motrice désordonnée, faite de gesticulation indécise, inachevée, stérile et qui paraîtrait ridicule si on ne sentait quel drame se joue dans le sein de l'anxieux ; faite aussi de déclamations, de demi-mots incohérents, de plaintes et de gémissements.

La sensibilité est perturbée ? troubles de la sensibilité générale qui se traduisent par des paresthésies, de l'anesthésie qui, rend possible l'automutilation, de l'hyperesthésie au contraire qui, jointe au bouleversement de la coenesthésie tout entière, sert de base aux idées délirantes hypocondriaques. Dans le domaine de la sensibilité cutanée des sensations étranges de froid subit et intense, de rétraction des téguments, d'horripilation. L'activité des sens spéciaux est pervertie. L'ouïe, la vue deviennent hypersensibles et hyperactifs. Parfois l'illusion et l'hallucination se produisent.

L'appareil circulatoire souffre. Il survient une angoisse précordiale atroce, la griffe de fer, l'étau qui serre et qui broie. Et puis c'est la tendance syncopale ou même la réalisation de la syncope. Le pouls est petit d'habitude, rapide d'abord, puis anormalement lent. Parfois

se réalise un état d'insuffisance aiguë du myocarde. Les bruits du cœur deviennent sourds, arythmiques et nous avons vu personnellement se réaliser en un quart d'heure chez un sujet indemne de tare cardiaque, le tableau impressionnant de l'asystolie aiguë. La réaction vaso-motrice la plus habituelle amène la pâleur du tégument, moins souvent se voit la vasodilatation périphérique.

La respiration est modifiée. Accélérée, superficielle, parfois saccadée, spasmodique. On note aussi l'effacement des pauses. L'angoisse respiratoire partage, semble-t-il, avec l'angoisse précordiale, la responsabilité de ces sensations atroces de suffocation, d'étau écrasant la poitrine, de chape de plomb.

L'angoisse digestive se manifeste par des accidents tels que la dysphagie, les crampes, les spasmes douloureux gastro intestinaux, la constipation ou des débâcles diarrhéiques.

Des troubles sécrétoires prennent part au bouleversement général des fonctions organiques. La bouche est atrocement sèche ou bien le siège d'une sialorrhée pénible. L'oligurie et la polyurie avec émission d'urines claires, presque incolores, se voient également moins à des moments différents de la crise. La peau est sèche ou couverte de sueur froide particulièrement pénible : « la sueur d'angoisse ».

Et, par dessus tout, le facies, le masque de l'anxieux nous parle et nous impressionne. Un front ridé barré profondément par la marque de l'oméga. Les fentes palpébrales rétrécies verticalement, les narines pincées,

les lèvres serrées. Les coins de la bouche s'abaissent, les plis naso-géniens se creusent. Le regard s'égaré, la pupille s'agrandit. Parfois le globe oculaire fait saillie dans l'orbite.

La pâleur, la sueur froide, règnent le plus souvent sur ce visage aminci, contracté, presque grimaçant.

L'examen mental d'un sujet en proie à un tel désarroi est chose malaisée. Cependant en dehors de grands paroxysmes il est possible d'analyser le psychisme de l'anxieux. Et en dehors de cet état émotif dont il a été question dans notre définition, on découvre un certain nombre d'accidents affectifs et intellectuels. LALANNE après avoir insisté longuement, dans son rapport, sur l'importance de l'attente anxieuse, « symptôme fondamental de l'anxiété », signale la fréquence de l'obsession et des phobies. Les malades accusent fréquemment eux-même un sentiment de diminution psychique fait d'amoindrissement de la mémoire, de l'attention, du jugement et de la volonté. Et comme le remarque notre auteur une émotion de cette intensité peut créer un certain degré de désagrégation mentale. WUXOR attribue aux émotions-choc un effet d'arrêt sur le déroulement des représentations mentales qui s'observe dans l'accès d'anxiété.

A l'opposé, le phénomène caractérisé par une rapidité anormale d'évocation des images portant sur l'avenir se voit chez l'anxieux. Et cette « vue panoramique » de l'avenir est si intense parfois qu'elle se projette, s'extériorise sous forme hallucinatoire.

L'anxiété altère la personnalité. Le sujet est d'abord

conscient des modifications qui surviennent dans ses sentiments. Il se plaint de ne plus aimer les siens, de devenir indifférent, état qu'il juge comme tout à fait étranger à son moi habituel. Et puis cette transformation finit par faire partie de sa personnalité : il devient réellement insensible et froid, indifférent à tout ce qui n'est pas sa propre souffrance. Des altérations plus graves de la personnalité, les idées de négation et d'énormité de la mélancolie délirante prennent également leur source dans l'état d'anxiété.

Au milieu de l'activité désordonnée de l'anxieux, peuvent naître des impulsions dont la plus redoutable et la plus fréquente est celle du suicide. Le suicide est si fréquent chez les anxieux, que sur la foi de certains auteurs on pourrait le considérer comme la terminaison normale de cet état, surtout dans les cas chroniques à manifestations critiques fréquentes. Il n'a pas toujours la rapidité d'exécution de l'acte impulsif, mais du moins il en a remarquablement le caractère irrésistible. « Et dans le moment où s'enfle dans le cœur une vague plus haute, la pauvre âme submergée d'amertume ne voit que la porte noire. Et puis un jour le malheureux la pousse » (1).

Mais l'anxiété ne réalise pas toujours ce tableau clinique ; elle n'atteint pas toujours non plus ce degré d'intensité. Sous sa modalité la plus légère : la subanxiété, elle n'est pas éloignée de cette émotion normale que l'on nomme inquiétude et cependant en diffère en ce sens

(1) M. de FLEURY. — *L'angoisse humaine*

qu'elle est, de règle générale, un état affectif pur, une inquiétude sans objet.

Il est une anxiété qui n'appartient pas à la pathologie : l'anxiété physiologique. L'état affectif y repose sur une représentation mentale très légitime. LALANNE place dans son cadre : le trac des orateurs, l'inquiétude des chercheurs, l'angoisse du joueur, l'angoisse de l'être normal en présence d'un danger défini, l'angoisse de la mort.

Parfois l'anxiété évolue et se présente dissimulée sous les apparences réactionnelles d'un état émotif tout à fait différent, comme par exemple la colère.

Symptôme très répandu en pathologie, l'anxiété n'est pas observée uniquement par le psychiatre. Beaucoup d'anxieux, sous le couvert de troubles somatiques les plus divers, frappent tous les jours à la porte du médecin praticien non spécialisé. A ce dernier appartient la tâche de dépister l'importance du facteur psychique chez l'être qui implore son secours, se plaignant du cœur, de l'estomac, des poumons, ou de quelque fâcheux symptôme urinaire.

Le déséquilibre émotionnel anxieux existe dans nombre d'états organiques infectieux ou toxiques. Le choléra, le typhus, la fièvre jaune, la lèpre et, plus près de notre pathologie occidentale, les états péritonéaux aigus, la rage, s'accompagnent d'anxiété. Les intoxications dues au tabac, au venin des serpents, à certains champignons vénéneux, la font naître également. Et l'état mental de l'aortique qui souffre le tourment mortel de sa crise d'angor pectoris n'est-il pas bien semblable à celui que nous venons de décrire tout à l'heure.

Dans le cadre de la plupart des névroses et des psychoses nous retrouvons l'anxiété symptôme. Élément capital dans la constitution symptomatique de la « névrose d'angoisse » dont FREUD, HECKEL, HARTENBERG, ont voulu faire un « état intermédiaire, un terme de passage entre les névroses et les psychoses à base d'anxiété » en même temps qu'une entité nosologique.

DEVAUX et LOGRE décrivent une constitution anxieuse, forme clinique de la constitution émotive de DUPRÉ. « L'anxieux constitutionnel est un déséquilibré de l'affectivité qui, parmi les stigmates ordinaires de la constitution émotive, présente, avec une intensité plus accusée, les signes de l'émotivité anxieuse ». Et plus loin : « L'anxieux constitutionnel... pareil à l'alcoolomane, qui joint à l'appétit pour les spiritueux, l'intolérance à l'alcool, va au devant de l'anxiété et il en est torturé. Cette anxiété est disproportionnée, illégitime ; elle s'élève de dangers insignifiants ou inévitables ; souvent aussi, elle est sans motif : elle apparaît alors comme antérieure à la représentation même du danger ; elle est essentielle et primitive ». Sur ce fond de déséquilibre, d'aptitude à un état affectif morbide pousse par période une « recrudescence plus ou moins prolongée de l'émotivité constitutionnelle, une exagération plus ou moins durable, plus ou moins grave de l'anxiété constitutionnelle » à laquelle s'appliquerait la dénomination de « psychose anxieuse ».

Dans l'obsession, l'anxiété est un élément essentiel. PITRE et RÉGIS écrivent : « Supprimez par la pensée, l'angoisse, l'anxiété qui s'y trouvent, vous n'aurez plus

d'obsession. Par contre, prenez une obsession quelconque et enlevez l'idée fixe où la tendance impulsive ne laissant que l'anxiété, l'angoisse et vous aurez encore l'obsession dans son fondement, dans son essence », et l'un d'eux dit encore : « Le doute anxieux est à la base de la plupart sinon de toutes les obsessions ».

Parfois l'anxiété accompagne les perversions instinctives et particulièrement les perversions génitales.

L'état anxieux est une manifestation commune dans beaucoup de formes de la mélancolie. Il est la traduction de cette impression d'inhibition de la vie qui affecte tant le sujet (1) « le résultat de la conscience que le sujet prend de son arrêt mental par suite du relèvement de ses tendances fondamentales » (Masselon). Et en effet, cette inhibition de l'activité psycho-motrice imprime à l'anxiété du mélancolique un ensemble de caractères particuliers, bien mis en relief dans les leçons cliniques de SÉGLAS. L'expression de l'état anxieux chez cette sorte de malade est fixe et monotone : l'état d'inhibition fait souvent qu'elle reste interne, inexprimée. L'importance, l'acuité du doute et de l'attente affirment cependant et, si peu bruyantes que soient les manifestations extérieures, la participation de l'anxiété à la douleur morale du mélancolique. Dans beaucoup de cas on ne l'observe que transitoirement par épisode.

Il existe une forme de mélancolie caractérisée par la prédominance constante du syndrome anxieux. C'est la mélancolie anxieuse de GUISLAIN, FALRET, RÉGIS et de la

1) MASSELOU. — *La Mélancolie*, Paris, 1906.

plupart des auteurs, la mélancolie active de KRAEPLIN qui l'isole un moment de la psychose maniaque, dépressive sous le nom de mélancolie présénile. La mélancolie de la ménopause est le type de cette psychose d'involution.

KRAFFT EBING décrit à son tour un type clinique qu'il appelle « mélancolie anxieuse transitoire » (1). Il s'agit d'un épisode anxieux suraigu qui surgit brusquement au cours d'une névrose d'angoisse, chez un persécuté mélancolique ou bien pendant l'évolution d'une mélancolie dépressive, stupide ou délirante.

L'anxiété est enfin un élément important du syndrome de COTARD, auquel elle donne parfois naissance.

Par exagération subite et passagère de cette inquiétude qu'entretient une défiance foncière, le paranoïaque subit l'émotion anxieuse. Un état hallucinatoire tout à coup plus intense peut également éveiller la crise d'anxiété dans le cours des psychoses paranoïaques. L'interprétant revendicateur souffre la torture anxieuse lorsque par exemple un obstacle s'oppose au jeu de son activité délirante.

Et maintenant parmi les psychoses acquises.

La confusion mentale se mêle souvent d'anxiété et le plus expressif des types d'anxiété confusionnelle est donné par l'état d'épouvantable angoisse qui torture l'alcoolique en proie à son onirisme terrifiant. Encore que certains auteurs attribuent à un élément constitutionnel et non à l'état toxi-infectieux la valeur de causes efficientes du phénomène affectif.

(1) KRAFFT EBING, traduit par E. Laurent. Paris, 1897,

Dans chacune des psychoses traumatiques se retrouve une partie d'anxiété.

Chez les paralytiques généraux, l'anxiété se retrouve inconsistante, éphémère, lorsqu'elle repose seulement sur le fait de l'instabilité démentielle, ou sur l'éveil passager de quelque groupe d'idées délirantes fantastiquement imaginatives. Beaucoup plus constant, beaucoup plus actif est le syndrome dans cette phase initiale de certaine P. G. auquel G. BALLET donne le nom de « forme neurasthénique ».

Tous les psychiatres connaissent cet état d'anxiété diffuse qui accompagne parfois la conscience douloureuse de la folie qui approche chez un hebephreno-catatonique du début de la maladie.

Chez l'épileptique, l'émotion anxieuse se montre dans les états crépusculaires, associée à un cortège de confusion et d'automatisme psychomoteur poussés à l'extrême. Parfois elle représente l'aura d'une crise convulsive ou bien elle prend la valeur d'un équivalent.

La neurasthénie expressive d'un terrain nerveux « originellement débile ou secondairement affaibli dans sa résistance » fait le lit de *la constitution émotive* selon DUPRÉ. L'anxiété peut donc y fleurir.

Mélancolie, hypocondrie, préjudice, tous éléments délirants qui avec la pleine dissociation créent un terrain favorable à l'anxiété, chez le dément sénile.

L'artério-scléreux, en puissance d'un ictus et qui demain sera dément, le parkinsonien, le bulbaire vrai qui médite sur le retour prochain de son horrible crise

d'angoisse respiratoire, ceux-là aussi connaissent la torture de l'anxiété.

L'état de guerre récent fut pour la collectivité une grande épreuve psychique de nature à révéler bien des tares mentales latentes et en particulier cette forme de l'aptitude à l'émotivité anxieuse dont RENON a fait : « l'angoisse de guerre ».

Voici donc un état psychologique morbide très fréquent, très répandu dans les cadres de la nosologie mentale, très caractérisé dans son expression et de ce fait très facilement accessible à l'observation. Mais aussi un symptôme grave, très grave puisqu'il entraîne à la fois des réactions brutales comme le suicide et une grande usure de l'organisme. Enfin ceux qui ont vu les anxieux savent combien le spectacle de leur douleur est émouvant et pitoyable. Pour toutes ces raisons nous avons cru devoir choisir les états anxieux comme terrain de notre tentative thérapeutique. Et c'est pour essayer de les soulager que nous avons utilisé un nouveau médicament.

CHAPITRE III

DES MÉDICAMENTS DE L'ANXIÉTÉ

*« Un peu de liqueur rouge, une
bouffée de fumée, une cuillerée
de pâte verdâtre et l'âme, cette
essence impalpable, est modifiée
à l'instant ».*

TH. GAUTHIER.

I. — Traitement symptomatique

II. — Traitement pathogénique

DES MÉDICAMENTS DE L'ANXIÉTÉ

Quelles armes nous propose l'arsenal des médicaments pour lutter contre le symptôme anxiété ? La multiplicité même des espèces chimiques employées à cette fin nous donne déjà idée de la relativité de leur pouvoir curatif. Nous nous bornerons à citer quelques-uns des plus connus parmi eux.

I. — Traitement symptomatique

Probablement parce que l'anxieux est agité, parce qu'il est exactement dans un état qui constitue l'antipode de repos « in-quietus » on a essayé de lui procurer d'abord le bénéfice d'une trêve par le sommeil. Au moyen des médicaments dits hypnotiques et des sédatifs du système nerveux.

Le groupe des sulfonals nous offre d'abord et surtout le *sulfonal* lui-même, préconisé par WATSON dès 1889 (1). S. GARNIER rapporte à la même époque des

(1) WATSON. — *Journal of Mental Science*, 1889.

essais de ce produit dans le traitement de la « lypémanie anxieuse ».

Le trional de même fut essayé il y a fort longtemps. BRIE consigné dans le *Neurologische centralblatt* (1892), quelques résultats thérapeutiques, d'ailleurs très inconstants, qu'il obtint chez des « mélancoliques agités »

Le chloral et ses dérivés. — Administré à des doses de 1 à 2 grammes et plus le *chloral* donne presque toujours une sédation passagère du symptôme anxiété, mais son action dépressive sur le système circulatoire peut rendre son emploi dangereux pour des doses élevées. Il est un ennemi des myocordes altérés et mal toléré par les sujets dont le tube digestif est délicat.

La chloralose fut appliquée d'abord par CHAMBARD (1) au traitement de la « lypémanie anxieuse » avec plusieurs succès. MARANDON DE MONTYEL (2) la jugeait au contraire infidèle et dangereuse.

Ce dernier auteur produisait en 1913 quelques observations sur l'action sédative du *somnal* (éthylchloral-méthane) et paraît lui reconnaître une certaine valeur thérapeutique sur les états anxieux mélancoliques (3).

Parmi les *aldéhydes et leurs dérivés* nous trouvons la *paraldéhyde*, médicament de saveur désagréable, en général mal accepté par les malades. Elle crée de plus une accoutumance rapide et devient toxique si l'on force les doses. Au delà de cinq grammes, disent certains

(1) CHAMBARD. — *Revue de médecine*, 1894

(2) MARANDON DE MONTYEL — *Annales medico-psychologiques*, 1895.

(3) MARANDON DE MONTYEL. — « Le somnal chez les aliénés » *Annales medico-psychologiques*, 1893

auteurs, il peut survenir chez certains sujets peu résistants, un état de coma, de l'hypotension et la mort par asphyxie, due au ralentissement extrême de la respiration.

Le méthylal est un dérivé de l'aldéhyde formique. BOUBIL et HADJÉS (1) lui attribuent des indications toutes particulières dans le traitement de la « lypémanie anxieuse glapissante. » MARANDON DE MONTYEL le déconseille l'emploi comme hypnotique (2).

Un produit à base de chlorure d'éthyle, *le somnoforme*, a été préconisé par MASQUIN qui le juge susceptible de remplacer les opiacées : « A doses très faibles, (2 à 5 centigrammes) il produit une anesthésie rapide, apportant au malade au moment du réveil une détente, une sensation de bien-être qui lui fait éprouver un besoin immédiat de dormir. Le sommeil de nuit est de même heureusement influencé et augmente d'une façon manifeste » (3). La posologie est commode et facile à nuancer. L'accoutumance n'existe pas.

Médicaments de la *série barbiturique* : le *véronal* (diethylmalonylurée) est le plus anciennement connu en thérapeutique. SÉRIEUX et MIGNOT (4) qui l'ont étudié avec soin s'expriment ainsi à son sujet. « L'action du véronal a été tout à fait remarquable chez nos mélancoliques. Ce médicament à dose moyenne de 0 gr. 30 à

(1) BOUBIL et HADJÉS. — *Encéphale*, 1888.

(2) MARANDON DE MONTYEL. — *Annales médico-psychologiques*, 1891.

(3) MASQUIN. — Congrès de Strasbourg de neurologie et psychiatrie, 1920.

(4) SÉRIEUX et MIGNOT. — *Archives de neurologie*, 1903.

0 gr. 50 s'est montré supérieur aux autres hypnotiques employés par nous antérieurement ; il a produit environ une à deux heures après l'ingestion un sommeil calme, continu et suffisamment long. Malgré un usage très prolongé « en même temps que l'action hypnotique et vraisemblablement à cause de cette action, nous avons constaté une diminution de l'anxiété et de l'agitation mélancolique. Aucune influence sur le délire et sur l'état dépressif n'a été observée. » Et plus loin : « Chez les mélancoliques, une diminution de l'agitation anxieuse, a pu être observée, pendant le jour, après l'usage du véronal. Il s'agit probablement non d'une action directe, mais d'un résultat secondaire au repos de la nuit ». Les auteurs ne signalent pas d'intolérance, pas d'accumulation nocive non plus.

Le gardénal, luminal des Allemands (phenyl-ethyl-malonylurée) en dehors de l'indication majeure qu'il aura chez un anxieux dont on reconnaîtra le terrain comitial est d'un emploi très répandu dans le traitement de diverses formes d'états d'anxiété. En 1920 R. DUPOUY et MONTASSUT (1), notamment ont rapporté des considérations intéressantes, sur « le traitement des états anxieux par le gardénal à doses réfractées ». En administrant à raison de un centigramme toutes les heures ce médicament à des émotifs, des obsédés, hypocondriaques, mélancoliques préséniles portant le poids de l'anxiété ils ont obtenu des résultats heureux. Toutefois si les anxieux émotifs « anxieux constitutionnels » de DEVAUX et LOGRE ont tiré le maximum

(1) DUPOUY et MONTASSUT — *Annales Médico-psychologiques*, août 1920.

de bénéfice du gardénal, les mélancoliques ont été bien moins heureusement influencés. Raison de déséquilibre vagotonique, dit-on. MIGNARD et DURAND-SALADIN (1) rapportent, en 1925, deux cas très suggestifs de mélancolie anxieuse améliorée par l'usage quotidien de 0 gr. 30 de ce produit. MARCHAND, LAIGNEL-LAVASTINE considèrent le phénylétyl-malonylurée comme ayant une action frénatrice sur le vague.

La carrière d'un autre barbyturique *le somnifène* (solution à 10 % de diéthylmalonylurée et à 10 % d'allylisopropylmalonylurée n'est pas encore assez éloignée de son heure natale pour que nous puissions juger de sa valeur curative du syndrome d'anxiété. QUERCY (2) disait en 1925 : « On peut être tenté d'atténuer ou de juguler avec lui une poussée délirante plus ou moins aiguë, une crise d'anxiété chez un mélancolique torturé ». Beaucoup de médecins ont cédé à cette tentation et nous connaissons tous quelques cas où l'essai en a été heureux.

Nous devons encore citer au moins deux autres corps de la même famille. Le *sonéryl* (n. butyléthylmalonylurée) voisin du gardénal et le *dial* (diallylmalonylurée) qui tous deux semblent être d'excellents hypnotiques.

Les Bromures en dehors de leur action élective sur l'anxiété des épileptiques sont indiqués par HARTENBERG dans la névrose d'angoisse, par DEVAUX et LOGRE, par Marcel BRIAND dans les états anxieux des obsédés et des

(1) MIGNARD et DURAND SALADIN. — *Annales Médico psychologique*, août 1925.

(2) QUERCY. — *Annales médico-psychologiques*, 1925.

pantophobiques. Et réellement ils semblent garder la valeur d'un précieux adjuvant, mise à part la notion de leur action dépressive. Il est bon de ne pas oublier cet inconvénient qu'expose ainsi MARTINET (1). Les bromures semblent contre-indiqués en cas de dépression générale et surtout quand la nutrition est altérée et ralentie. La fatigue, l'épuisement, l'hypotonie musculaire, l'hypotension artérielle contre-indiquent l'administration des bromures ».

Le chanvre indien si finement étudié par MOREAU DE TOURS n'a pas donné, à notre connaissance du moins, de brillants effets dans le traitement de l'anxiété.

Nous en venons au médicament peut-être le plus anciennement connu et certainement le plus universellement apprécié et le plus employé encore dans le traitement des états anxieux : l'opium et ses dérivés. « En thèse générale, disait DEVAUX et LOGRE et quelle que soit l'origine des accidents, on peut dire que le remède par excellence, le remède en quelque sorte spécifique de l'anxiété, c'est l'*opium*.

SCHÜLE, un des promoteurs de l'application de ce médicament au traitement de la forme anxieuse de la mélancolie, écrit : « Le repos du cerveau par l'opium est comme l'immobilité d'un membre dans un appareil » et plus loin il nous avertit : « Le secret et le succès de la thérapeutique par l'opium sont dans l'emploi méthodique de ce médicament ».

Les formes proposées et utilisées sont tout d'abord la

(1) MARTINET. — *Thérapeutique clinique*, Paris, 1900.

morphine. A VOISIX (1) a indiqué les règles à observer dans l'administration méthodique du chlorhydrate de morphine chez les mélancoliques anxieux. Il nous prévient que la « lypémanie avec gémissements » demande de fortes doses ; de 0 gr. 50 à 0 gr. 70 par jour. Et à ce point de vue il compare ainsi la résistance du terrain suivant les formes cliniques de « lypémanie ». — « Il est certain que les deux variétés de mélancolie, la dépression simple mélancolique et la mélancolie anxieuse avec agitation constante semblent s'améliorer et même guérir le mieux sous l'influence du traitement morphinique ; la première à l'aide de doses minimales du médicament, la seconde par l'emploi de doses élevées ». A. CULLEUX également préconise les doses limitées de la toxicité. D'autres auteurs avec SCULLS s'en tiennent à des quantités plus modestes allant à un maximum de vingt centigrammes. La plupart commencent par administrer des doses faibles, cinq centigrammes de chlorhydrate par voie hypodermique et par tâtonnement ; en se basant sur les effets constatés on détermine la dose optimale pour le sujet en traitement. L'administration du médicament se fait en général en deux à trois fractions de la dose totale. Et toujours en se basant sur les réactions personnelles du sujet le médecin ramène prudemment la dose vers zéro à mesure que l'anxiété cède.

A. RIRRI (2) juge ainsi la méthode. Effets obtenus :
1^o le calme, la diminution de l'hyperexcitation psy-

(1) A. VOISIX — *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, p 684.

(2) A. RIRRI. — In *Traité de thérapeutique*, d'Albert ROBIN : article : *mélancolie*.

chique et de l'angoisse précordiale : 2° l'excitation des vaso-moteurs et par suite le rétrécissement du vaisseau ; 3° une action trophique sur le système nerveux central, la nutrition semble facilitée et on voit certains sujets reprendre de l'embonpoint. « La morphine est psychiquement anesthésique » dit KRAFT EBING.

Les inconvénients existent et ne sont pas négligeables outre les vomissements du début, la constipation parfois très fâcheuse par les phénomènes d'auto intoxication qu'elle peut entraîner. Une action dépressive sur la circulation qui peut aller jusqu'à l'arrêt du cœur s'ajoute à des désordres respiratoires qui peuvent aboutir également à la suspension de ce phénomène vital. Et enfin l'accoutumance. RITTI affirme le faible pourcentage d'évolution vers l'accoutumance et la toxicomanie. Gilbert BALLET attribue à cet accident une importance limitée : « L'expérience a montré qu'on avait souvent à redouter les effets de l'accoutumance. Les malades se déshabituent assez aisément du médicament, auquel on peut, en dernier lieu, pour faciliter la suppression définitive, prescrire un peu d'opium donné à l'intérieur ».

La *codéine* sous forme de phosphate a été vantée par DORNBLUTH qui écrit : « L'influence de la codéine est d'autant meilleure qu'il y a à combattre des inquiétudes anxieuses, des angoisses précordiales pénibles ». DNEUR, BENON ont étudié la valeur et la technique d'emploi de cet alcaloïde. Le premier en 1902 fit une communication à la Société Médico-psychologique dans laquelle nous relevons le jugement suivant :

« Sous l'influence de la codéine, nous avons vu presque toujours apparaître cette action que BARBIER qualifie d'une façon exagérée d'exhilarante. Il est indéniable qu'après son emploi les malades présentent une physionomie gaie et animée qui contraste étrangement avec le masque habituel du mélancolique. Dans un seul cas nous avons vu le rire franc apparaître par éclats, mais presque toujours les malades accusaient une sensation de force et de bien-être... La codéine n'est pas un hypnotique, à proprement parler, mais elle ramène toujours le sommeil chez les mélancoliques et chez les anxieux en s'attaquant directement aux causes de l'insomnie, en agissant sur la sensibilité générale, en diminuant l'angoisse et la douleur morale, en supprimant le cauchemar... Son action sur l'angoisse est aussi très constante et très manifeste, et, en diminuant et en augmentant les doses on peut à volonté la faire disparaître ou apparaître » (1).

Gilbert BALLE (2) à son tour témoigne en faveur du médicament dans les termes suivants : « Le phosphate de codéine... nous a donné des résultats souvent plus prompts et plus accusés que ceux produits par l'opium et la morphine ; la stimulation des mélancoliques déprimés est plus nette, le calme obtenu chez les anxieux est plus marqué. Le médicament dont il faut surveiller l'emploi, car il détermine souvent divers accidents (nausées, vertiges), est sans inconvénient quand on le donne

(1) D. DHEUR. — De l'emploi du phosphate de codéine en pathologie mentale : *Ann. Medico. psychol.*, 1902, t II.

(2) Gilbert BALLE. — *Traité de pathologie mentale*, Paris, 1903.

à doses progressivement croissantes et qu'on s'arrête ou temporise dès qu'apparaissent les premiers signes d'intolérance ».

La posologie varie suivant les auteurs de six (DHEUR) à dix ou douze centigrammes (BALLET) comme dose maxima pour l'administration par voie hypodermique. Par la bouche sous forme pilulaire on donnera jusqu'à vingt centigrammes. L'application est faite suivant une série de doses progressivement croissantes puis décroissantes comme pour l'usage de la morphine.

L'héroïne (diacétylmorphine) a été l'objet d'essais thérapeuthiques qui semblent ne pas lui permettre de subsister comme médicament de l'anxiété. VIALON et JACQUIN (1), notamment de l'observation de sept mélancoliques anxieux déduisent que « la résultante du traitement est plus que négative ». Ils accusent cet alcaloïde d'exagérer l'état anxieux, de rendre plus intenses les idées délirantes, d'entraîner des hallucinations pénibles et d'atteindre gravement l'état général.

La dionine (éthylmorphine) n'a pas donné non plus des résultats très remarquables. CANGER et DE CÉSARI ne la jugent utile que dans les formes dépressives de la mélancolie et non dans les formes anxieuses.

Reste *l'opium* lui-même ou son complexe alcaloïdique contenu par exemple dans une préparation depuis très longtemps administrée aux anxieux : le *laudanum de Sydenham*. PIERRET, le père de la méthode, LEMOINE et

(1) VIALON et JACQUIN. — *Société médico psychol.*, 1900.

(2) CANGER et DE CÉSARI — *Il manicomio moderno.*, 1900, n° 1.

Bell propose l'administration par os de doses d'abord progressivement croissantes et variant de V à C gouttes avec une majoration de II gouttes par jours, puis progressivement décroissantes jusqu'à retour à la dose initiale.

Ce laudanum a une saveur désagréable, il est difficilement accepté par certains sujets délicats mais il ne détermine aucun accident fâcheux autre que la constipation facile à combattre et prévenue d'ailleurs par l'administration méthodique de laxatifs pendant la cure. Son activité et sa valeur ne sauraient être mises en doute.

Un autre totum alcaloïdal de l'opium est *le pantopon*. Il a été introduit en thérapeutique par SALHI. Les alcaloïdes qui le composent sont, sous forme de chlorures, utilisables à volonté par voie digestive et par voie hypodermique.

MOREL-LAVALLÉE (1) fait en 1910 une communication à la Société Médicale des Hôpitaux avec cette préparation dont il fit remarquer les bons effets chez les neurasthéniques anxieux. HAYMAN (2) à la même époque conclut: « Le médicament paraît plutôt sédatif qu'hypnotique et agirait favorablement sur les états d'excitation avec angoisse ». SICARD le jugeant dans ce même temps inférieur à la morphine comme activité en général, mais moins susceptible d'amener l'accoutumance.

Depuis, le médicament nous paraît avoir fait ses

(1) MOREL-LAVALLÉE, *Société Médicale des Hôpitaux*, novembre 1910.

(2) HAYMAN, *Münch. Med. Wochenschrift*, octobre 1910.

preuves. Il est une arme précieuse contre l'anxiété si on le manie en respectant les règles générales de l'administration des opiacés. De plus nous croyons pouvoir dire que l'application par voie digestive sous forme de comprimés serait peut être plus favorables à l'établissement d'une posologie utilement nuancée, moins brutale et entraînant le minimum d'accidents d'intolérance du premier contact. Peut-on lui reprocher d'autre part ce que nous sommes obligés d'admettre pour tout agent thérapeutique ; le fait de l'existence de cas résistant à son action ?

L'opium a ses détracteurs, cependant il nous paraît garder la valeur d'une arme thérapeutique de choix pour le praticien qui sait, à propos d'un cas d'anxiété, satisfaire à ces deux conditions inéluctables : savoir manier la drogue ; en préciser les indications. Et sur ce dernier point nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ici l'opinion de DEVAUX et LOGRE qui réservent l'opium et les opiacés aux anxieux constitutionnels, aux anxieux mélancoliques, et aux anxieux confus.

Quelque faiblesse qui puisse entacher, du point de vue scientifique, tout fait de hasard et d'empirisme, nous sommes tenté de citer l'exemple de ceux qui spontanément sont allés à l'opium parce qu'ils souffraient d'anxiété. BAUDELAIRE, mélancolique anxieux, de l'avis de CORNIL et de CREHANGE a trouvé dans cette drogue le remède à son mal ; DE QUINCEY, Jean LORRAIN, et combien d'autres connus ou ignorés du monde pensant, ont suivi la même voie, payant souvent leur soulage-

ment de par la charge d'une autre chaîne, celle de la toxicomanie. Il n'en est pas moins vrai que l'expérience faite par ces malades conscients, lucides, très capable d'auto-analyse, démontre un peu l'activité du remède.

II. — Traitement pathogénique

Enfin la question des opiacés dans la cure des états anxieux doit être réservée à la lumière des acquisitions récentes de la physiologie. L'opium renforce l'action du pneumogastrique et ceci nous explique pourquoi il est mal toléré par des sujets très vagotoniques et pourquoi aussi son action ne peut être d'aucune efficacité contre certaines formules de déséquilibre du système neurovégétatif.

L'idée d'une dépendance dans la genèse des émotions vis-à-vis de troubles fonctionnels du système sympathique est vieille déjà. LOBSTEIN (1) (cité par LALANNE), écrivait en 1823 dans un ouvrage sur le sympathique : « Mœror, tristitia, animi pathemata, vim vitalem deprimentia, atque propter hanc rationem sedativa appellata, temporium nervorum abdominalium alterant. Spasmi tunc producuntur quibus vasorum actio turbatur ; necessario exinde sequitur humorum in rite vasorum capillarum stasis, a retardato sanguinis motu ; tum vasorum infarctus obstructions viscerum et morbi organici germini.

(1) LOBSTEIN. — De nervi sympathetici humani fabrica, usu et morbis, cité par LALANNE : congrès Grenoble 1913.

Ab animi diuturno mœrore, sub auxiliis præcordium passionibus, aneurysmata observata fuerunt cordis, atque vasorum, majorum frequentissima.

Les études d'HEUYER et de MARGAROT, de ROUBINOVITCH, ont contribué tout d'abord, par l'étude du réflexe oculocardiaque, à vérifier cette idée que les crises anxieuses peuvent être rapportées à des perturbations de l'équilibre vago-sympathique. Le résultat de recherches ultérieures faites par TINEL, SANTENOISE (1) et ABÉLY, sur l'état du système neuro-végétatif chez les anxieux peut se résumer ainsi. Le vague est très excitable chez les anxieux appartenant au groupe des périodiques, chez les épileptiques avant ou pendant les phénomènes critiques. Les anxieux hyperthyroïdiens se montrent également au cours des paroxysmes, des hypervagotoniques. Les anxieux constitutionnels, persécutés, délirants hypocondriaques, cœnestopathes, déments précoces, sont des sympathicotoniques à R. O. C. inversé et à réflexe solaire positif sinon exagéré. Il en est de même des mélancoliques dits affectifs, des mélancoliques dits d'involution sénile, et des obsédés lorsqu'ils deviennent anxieux.

LAIGNEL-LAVASTINE (2) dans son *Traité sur la pathologie du sympathique* distingue de ce fait trois variétés d'anxiété. « La petite anxiété vagatonique pâle, avec sou-

(1) TINEL et SANTENOISE. — (*Paris Médical*, 1922) SANTENOISE et ABÉLY — Recherche sur l'état du système neuro-végétatif chez les anxieux. *Ann. Médico-psychol* 1923, *Journal Médical Français*, 1924.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE. — *Pathologie du sympathique* p. 598, Paris 1924.

vent état nauséux, constipation, salivation, bradycardie ; la grande anxiété vagatonique du mal de mer et du choc ; l'anxiété sympathique ou rouge où les réactions initiales du vague sont submergées par les réactions diffuses de tout le système sympathique, c'est l'anxiété rouge tachycardiaque qui fait dire aux malades qu'ils ont la fièvre ».

Ce sont là des données qui doivent guider les médecins dans le choix d'un élément thérapeutique dont l'action pharmacodynamique répondra aux besoins de chaque cas particulier, où l'un des systèmes antagonistes devra être plus ou moins modéré ou excité afin que se passe le retour à l'état d'équilibre. On pourrait aussi à l'aide de ces notions reviser le procès de la plupart des médicaments de l'anxiété, comprendre le pourquoi de leurs succès et de leurs échecs selon le terrain où ils furent semés.

Ceci nous amène à citer l'exemple du *nitrite d'amyle* que MEYNERT dit avoir employé avec succès, alors que KRAFT EBING juge le médicament sans effet utile. FLAMENNE dans son rapport sur l'anxiété au Congrès Belge de neurologie (Bruges, 1911) se range de l'avis de MEYNERT et il rapporte à son effet vaso-dilatateur l'action bienfaisante du nitrite dans les accès d'anxiété aiguë. Et cette vaso-dilatation qui résulte de son administration n'est-elle pas due à une action sur le système neuro-végétatif.

Du même point de vue peut être jugée la valeur de la trinitrine dont l'emploi nous est recommandé par les classiques et qui fit l'objet de travaux pu-

bliés par PAOLI (1) en 1900, par JUARROS (2) en 1916.

Enfin les relations étroites qui lient les états fonctionnels du système neuro-végétatif et l'harmonie de la dysharmonie des sécrétions internes nous expliquent les succès réservés à *l'opothérapie* dans certains cas d'anxiété. Nous rappelons : les extraits ovariens (glande totale ou corps jaune), les préparations thyroïdiennes, les extraits de surrénale qui, employés séparément ou associés en proportions diverses selon les degrés d'insuffisance, ont apporté maintes fois aux thérapeutes un secours efficace.

Peut-être pourrait-on envisager ici, dans un ordre d'idées très voisin du précédent, quelques éléments thérapeutiques susceptibles d'agir par le choc. MERKLEN présentait en 1922 à la Société de psychiâtrie un mélancolique dont l'anxiété cédait à l'or colloïdal. De même LOGRE a observé des résultats heureux sous l'action du vaccin antityphique. LAIGNEL-LAVASTINE propose des injections de peptone et PIERRE-KAHN le nucléinate de soude. Dans le même ordre d'idées HARTENBERG parle du succès de l'injection de sérum de cheval. Tout récemment A. MARIE et CHATAGNON ont publié les prémices d'une étude sur les possibilités curatrices de la transfusion sanguine chez les anxieux.

(1) PAOLI. — *Riforma Médical*, 1900.

(2) JUARROS. — *Annales de la Academia medic. quirurg, spanola*, 1906.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DE QUELQUES CAS D'ANXIÉTÉ

AVERTISSEMENT

Nous avons choisi le peyotl pour tenter un essai de traitement du syndrome anxiété, non parce que le jugement de nos devanciers nous l'avait présenté comme une substance fortement génératrice d'euphorie, mais, parce que nous pensions pouvoir attendre de lui, d'après l'analyse des observations déjà publiées, quelques modifications de l'état affectif chez nos malades. Nous avons pensé ainsi aux possibilités d'une action apaisante s'exerçant sur la cénesthésie et entraînant, sinon l'état d'émotion joyeuse, du moins une certaine tranquillité d'âme ou bien cette sécurité que donne l'indifférence affective.

La posologie était à fixer. Et qu'on ne s'étonne pas de nous avoir vu employer des doses faibles, trop faibles peut-être, dans nos premiers essais. C'est que nous nous sommes proposé de déterminer la dose minima utile, cherchant comme effet à atteindre pour la calculer, non pas l'obtention de l'ivresse peyotlique dans sa phase la plus complète comprenant des phénomènes hallucinatoires, mais plutôt la réalisation d'un état pré-ébrio

correspondant à la première phase de l'intoxication mescalinique selon ROUHIER.

La forme optima du médicament devait être recherchée également eu égard au genre de malade que nous nous proposons de traiter.

Parmi les diverses préparations qu'énumère A. ROUHIER nous en avons choisi deux, réalisées pour la première fois par cet auteur : le *panpeyotl basique* et le *panpeyotl injectable* (1).

La première s'administre sous forme pilulaire par voie digestive ; la seconde par voie hypodermique.

Parce que d'une inocuité absolue le *panpeyotl basique* (totum des alcaloïdes (bases) du peyotl sous forme d'extrait chloroformique) nous donnait l'espoir d'une action facile à manier, dépourvue de brutalité et d'une durée suffisamment prolongée.

Le *panpeyotl injectable* (solution des chlorhydrates d'alcaloïdes totaux du peyotl) nous semblait constituer une forme médicamenteuse plus facile à administrer puisqu'elle nous permettait de parer aux oppositions toujours à craindre de la part de malades aliénés. Par contre A. ROUHIER nous avertissait que l'action du médicament introduit par voie hypodermique, plus certaine devait être aussi plus brutale et plus brève. La crainte d'une toxicité plus considérable nous a fait encore une fois adopter des doses faibles dans nos premières tentatives.

(1) Voir le livre de ROUHIER pour le détail des autres modes de présentation du peyotl et de ses alcaloïdes.

Enfin nous n'avons pas pu prolonger assez largement à notre gré nos essais sur un même sujet. La matière première nous étant dispensée dans une mesure un peu étroite du fait des circonstances tout à fait étrangères à notre désir et aux intentions de celui qui a bien voulu dépenser à notre bénéfice toute sa bonne volonté.

OBSERVATIONS

Obs. I. — *Essai de traitement d'un cas « d'inquiétude passagère lié à une idée obsédante ».*

Sujet : X, 27 ans, étudiant, 59 kg. (Auto-observation).

Aucune autre tare viscérale qu'une légère insuffisance hépatique chronique. — Constitution émotive de DUPRÉ.

20 septembre, 16 heures : Je suis anxieux d'une anxiété peu intense mais continue depuis mon réveil. Mon inquiétude est en rapport avec des idées obsédantes qui me sont presque familières, mais qui m'assiègent aujourd'hui avec une vivacité toute particulière. Idées se rattachant à la représentation mentale de la mort, du néant, accompagnées d'un état d'attente pénible. Il s'y associe également une idée obsédante née d'un complexe sexuel, souvent analysé, et qui est particulièrement génératrice de crainte et d'attente douloureuse.

Des éléments physiques d'angoisse véritable. Ma gorge est un peu serrée. Sensation de plénitude gastrique malgré le peu d'aliments pris au repas de midi. Sensation pénible du fonctionnement de mes intestins ; crise de diarrhée. Gène précordiale.

Répugnance à l'effort. Je n'ose rien entreprendre. J'essaie de lire mais l'obsession revient alors que je désirerais par ce moyen la fuir l'ayant vainement combattue par le raisonnement.

16 heures et demie : Pouls 76. Tension artérielle. Mx 16, mn 8 1/2 (VAQUEZ). R. O. C. 76-60.

Prise de 0,125 de panpeyotl basique sous forme pilulaire avec un peu d'eau de Vals.

Je passe l'heure suivante au laboratoire occupé à quelques travaux ne nécessitant pas assez d'attention pour empêcher la libre action aux idées qui m'assiègent.

18 heures moins le quart : Nouvelle prise de 0,125 de peyotl.

Pouls 64-68. Irrégularité de fréquence en rapport avec les phases de la respiration qui est profonde et un peu ralentie.

Tension artérielle : Mx : 15, mn. 8 1/2.

Réflexes tendineux, très vifs (exagération légère d'un état habituel du phénomène chez moi).

Une sensation de léger engourdissement physique qui n'est pas désagréable apparaît dans l'heure suivante. Il me semble que ma puissance musculaire diminue. Je vérifie par quelques exercices qui me prouvent l'irréalité de la chose.

18 heures et demie : La nuit vient et m'apporte le désir de m'étendre.

Légère hypoacousie. Hyperesthésie olfactive : les odeurs de la cuisine me paraissent infiniment désagréables.

Je lis quelques lignes et les caractères imprimés m'apparaissent un peu flous. Mes yeux se fatiguent vite, probablement parce que j'accommode avec difficulté.

Quelques phosphènes les yeux ouverts.

J'envisage volontairement les images mentales qui créaient tout à l'heure cet état d'anxiété pénible chez moi. D'abord j'ai l'impression qu'elles ont moins d'emprise sur mon état affectif. Mais au bout de très peu de temps cet effort d'auto-analyse ramène l'inquiétude.

A 19 heures : prise de 0 gr. 125 de panpeyotl.

A 19 h. 1/2 : même dose.

Vers **20 heures** enfin : ingestion d'une pilule de 0 gr. 25. Je me mets à table pour ne prendre qu'une tasse de lait. Je

n'ai pas faim. Etat de distraction. La conversation de mes camarades n'attire pas mon attention. Je n'ai aucun désir de parler.

Engourdissement avec impression d'incertitude physique et mentale comparable à celle que donne à un certain degré de l'ivresse alcoolique.

Besoin de repos et de calme, auquel je cède en m'étendant sur un divan, seul et dans l'obscurité. Aucun malaise précis, pas de nausées. Vers la fin de cette heure d'immobilité apparaît une sensation de contracture des masséters très désagréable.

Lorsque dans l'obscurité je fixe mes regards, cherchant à accommoder à longue distance, je commence de percevoir de petites stries très brillantes qui traversent mon champ visuel se dirigeant rapidement de haut en bas et un peu obliquement comme font des gouttes de pluie. Parfois cette striation étincelante envahit mon champ visuel à la fois de droite et de gauche et il y en résulte un accroissement incessant de ses éléments.

A de rares intervalles un disque de feu de la dimension d'une pièce de cinq francs apparaît dans le quart suprême droit de mon champ visuel et le traverse obliquement avec grande rapidité.

A 21 heures : je prends de nouveau 0 gr. 25 de pan-peyotl.

Je me lève et regarde sur mon divan dont je ne distingue pas la forme, mais dont je sais la place. De fines raies parallèles entre elles, ténues comme des fils d'or, occupent tout l'emplacement du meuble. Elles scintillent et semblent se déplacer rapidement dans le sens de la plus grande dimension de mon lit de repos comme si elles étaient emportées au fil d'une eau de torrent.

L'occlusion des yeux n'augmente pas l'intensité des phénomènes.

Engourdissement des jambes vers 21 h. 30.

Prise de 0 gr. 25 de panpeyotl. Cette dernière pilule porte la dose ingérée à un total de 1 gr. 25 du produit.

A 22 heures : pour ne pas m'auto-suggestionner devant les phénomènes visuels sus-décrits je fais une promenade dans le parc en compagnie d'un de mes camarades. Dans les parties sombres entre les bosquets je subis des impressions visuelles nouvelles. Des taches colorées vertes, violettes, jaunes rouges, de la dimension d'un confetti, encombrent mon champ visuel.

Puis ce phénomène que je considère comme une illusion fondée sur la perception d'une raie de lumière entre les branches d'arbre. C'est dans un coin ombreux une forme blanche, comme une infirmière, qui viendrait à nous. Je critique avec mon camarade la nature de ces phénomènes, je cause avec plaisir. Je me sens moi-même plus léger, plus dispos, mouillé par l'air frais de la nuit.

Revenu à l'obscurité de ma chambre je suis saisi de nouveau par cette impression d'incertitude de mes mouvements, de mon équilibre, déjà éprouvée. Je me dirige difficilement, dans l'obscurité, heurte les meubles, ce qui ne m'arrive jamais lorsque je suis dans un état normal.

Je scrute l'obscurité, des visions naissent. Les formes se précisent ; les couleurs deviennent vives, très lumineuses, un dessin sur laine de nuance vert jade apparaît.

Des feuillages semés sur les murs de ma chambre, feuilles d'acacias dont les folioles sont colorées chacune de noir, de blanc, de rouge. Feuillage de nénuphar et d'érable rose, blanc très pur, bleu pâle. Tous ces éléments très simples par eux-mêmes m'intéressent prodigieusement parce qu'ils ont des teintes très belles et très lumineuses, et aussi par la grâce avec laquelle ils sont disposés sur ce fond noir qui les met en valeur. Ils se renouvellent fréquemment, évoluant toujours de droite à gauche.

J'allume ma lampe quelques instants ; les phénomènes vi-

suels cessent alors. Je me sens calme, insouciant et curieux de « voir » encore.

De nouveau dans la nuit, j'ai la vision nette de motifs de décoration splendides. Une fleur de lotus stylisée jetée par place sur une tenture sombre m'arrête longtemps par la richesse de ses nuances roses dégradées de la tige au bord des sépales. J'ai toujours l'impression de ne jamais fixer le même élément du motif de décoration et il me semble en effet qu'ils se substituent les uns aux autres dans la même forme et le même coloris avec une rapidité inconcevable.

Des pluies de fleurs que je ne saurais nommer et superbes par leur coloris s'abattent devant nos yeux.

Puis surviennent des lignes plus géométriques. Une image que je ne saurais mieux comparer qu'à un de ces cristaux de neige très grossi que l'on présente dans les livres classiques. Ici la figure atteint des dimensions de 50 centimètres environ, et elle est nuancée d'un rose splendide. Un disque rouge flamboyant comme un soleil, large comme une assiette et portant quatre prolongements épineux disposés en rayons, le tout étant parsemé de points brillants comme des diamants (1). Plusieurs figures de cette forme se présentent en même temps puis fuient très rapidement.

Et puis ce sont des taches violettes, bleues, vertes, jaunes, rouges, semées par groupes, au hasard. Des raies ondulantes de lumière vive fluorescente, des torsades de feu, des milliers de petits soleils de feu d'artifice.

Fatigué de suivre le mouvement incessant et rapide de ces images je donne de la lumière et essaie de lire. Deux pages de lecture et il m'est impossible d'aller plus avant, les caractères imprimés manquent trop de netteté.

Le temps me semble s'écouler très lentement. J'ai l'im-

(1) Peut-être mémoire inconsciente de l'image qui orne la couverture du livre de A. ROCHER.

pression de vivre des heures doubles malgré l'amusement que me donnent certaines visions.

A 23 heures : Hallucinations olfactives très intenses. Il me semble que ma chambre est remplie d'un parfum banal rappelant celui de la citronnelle. Puis à quelques minutes d'intervalle lui succède un parfum musqué, pénible à supporter à force d'intensité. Et enfin je suis enveloppé par des émanations beaucoup plus en accord avec mes préférences olfactives. Je cherche à définir, à analyser ce dernier parfum mais je ne puis lui attribuer un nom.

A cet état agréable succède une phase d'incidents organiques que j'ai pu analyser pas à pas, grâce à la parfaite conservation de ma lucidité.

Je découvre d'abord que je ne sais plus apprécier le poids des objets. Je fais des efforts disproportionnés et ridicules pour déplacer ma lampe, mon porte plume. Et cependant tout me semble léger, immatériel.

Par mégarde je me heurte la tête contre un meuble et suis très surpris de ne pas ressentir de douleur. Mon cuir chevelu est devenu insensible à la douleur et garde la sensibilité au tact ainsi que je le vérifie moi-même

Puis je perds la notion de l'existence de mes membres inférieurs et de leur position. Les yeux fermés et sans l'aide de mes doigts je serais sincèrement incapable de soutenir que j'ai des jambes et de définir leur position. Je me pince moi-même très fort au niveau des cuisses et j'ai seulement la sensation d'autocontact

Progressivement je perds la notion de l'existence de mon abdomen. Puis il me semble que je n'ai plus de poumons.

Je sens que je respire parce que je vois ma poitrine se soulever, parce que mes doigts peuvent sentir le mouvement de mes côtes, mais j'ai l'impression de faire un effort à vide.

Je n'ai plus cette sensation de plénitude qui suit une inspiration profonde.

Mon cœur bat (je sens le choc précordial avec le doigt) mais je ne sais plus entendre, percevoir son battement comme je puis le faire d'habitude avec un peu d'attention.

Je prends quelques gorgées de café, mais mon malaise devient plus intense. Sueur froide, bourdonnement d'oreille, vertige. Je me lève, mais ivre et lypothymique.

Je fais une chute sur le plancher sans ressentir la moindre douleur. Un de mes amis me vient en aide et me trouve pâle, les yeux étranges, très agrandis avec mydriase accentuée, la voix bizarrement timbrée. Mon pouls est petit et lent. Pendant quelques instants ; angoisse organique.

Evacuation stomacale provoquée sur le conseil de la personne qui m'assiste, et je cesse de ressentir cette crainte pénible qui accompagnait la sensation de mort organique imminente.

Je redeviens très lucide, lisant l'inquiétude dans les yeux de mon ami. Je discute avec lui de mon état d'intoxication actuel. J'envisage même des possibilités de conséquence fâcheuse sans en être autrement ému et inquiet. L'élément affectif ne colore presque plus ma pensée. Je crois être devenu à ce moment parfaitement incapable d'anxiété.

Plusieurs malaises physiques se succèdent annoncés par un frisson, des nausées, des bourdonnements d'oreille. Je constate en essayant de provoquer un vomissement que mon pharynx est remarquablement tolérant et mon doigt va buter contre mon épiglotte. Les vomissements du reste ne sont pas pénibles.

Peu à peu l'anesthésie à la douleur et les lacunes dans le domaine de la sensibilité profonde régissent : sensation de bien être. Légère excitation psychique. Il me semble que ma pensée est facile, claire, rapide, beaucoup plus que d'habitude. Le jeu des associations me paraît anormalement aisé, la sélection des éléments utiles se faisait presque toute seule. En réalité il s'agit d'un simple phénomène de mentisme.

J'éprouve le désir de parler beaucoup, de crier quelque-chose parce que ma pensée est plus claire, que je me sens plus libre et regrette de manquer de talent artistique. Au fond je sais parfaitement que je suis incapable à ce moment même d'écrire seulement deux mots de suite.

Les hallucinations de la vue reviennent, riches et étonnamment colorées. Cette fois elles se produisent alors même que ma chambre est en pleine lumière.

Sur le mur devant mon lit se dessine une croix de Malte dont les branches font 28 centimètres à peu près. Elle est d'une couleur violette intense que je n'ai jamais rencontrée nulle part.

Puis une plaquette d'émail fin portant une initiale M. et un dessin très délicat que je ne saurais reproduire maintenant mais qui me semble proche des enluminures des vieux missels. Cette plaque subit des oscillations qui la portent aux quatre coins de mon champ visuel.

Des pierres précieuses en monceaux. Puis des grappes d'émeraudes figurant des raisins. Toutes sortes de gemmes dont quelques-unes de couleur inconnue pour moi, soit en cascade, soit enchâssées dans des plaques d'argent. Un flot de ruban tricolore dont la vue m'agace. Et puis là, contre ma porte, à cinq mètres de mon lit se dessine une forme féminine enveloppée de voiles blancs, haute de 2 mètres environ. Les bras repliés sur la poitrine. La forme se présente de profil. Je fais des efforts infructueux pour distinguer quelque chose sous les voiles. La vision ne dure que quelques minutes oscillant légèrement de bas en haut puis s'évanouit brusquement.

A 3 heures du matin : Je suis encore éveillé, très lucide, intéressé par mes hallucinations que je recherche en promenant mon regard partout dans ma chambre. Plusieurs fois encore des parfums connus envahissent mon logis.

Après 4 heures : Les visions cessent. Je ne puis m'endormir, néanmoins et poursuis un demi-rêve éveillé. Mes

idées me conduisent sur une voie monotone où le souci de mon travail revient comme un *leit-motiv*,

Un peu de diplopie qui m'agace par sa persistance. Trouble visuel qui se traduit par une incapacité de distinguer au cadran de mon horloge d'autres chiffres que I, II, III, VII, VIII, IX.

Le jour vient. Je suis très dispos, prêt à me lever dès 7 heures. Pas de céphalée, pas de dépression, pas de troubles digestifs.

Ma pensée est claire et facile. La mémoire de ce qui s'est passé dans la nuit reste tout à fait nette.

Agir m'est plus difficile. Mes gestes manquent de précision et de certitude. Pouls : 90 ; tension : Mx 16 1/2, mn ; 10 1/2. Je déjeune de bon appétit

A midi une demi-heure de sommeil, sans rêve sans cauchemars.

Pendant toute cette journée je garde une légère excitation intellectuelle avec euphorie et une disposition inusitée à la plaisanterie. Aucun malaise physique, pas d'impression de fatigue.

L'élimination urinaire n'a pas été modifiée. La nuit émission de 300 grammes environ d'une urine foncée. Pas de signe d'insuffisance hépatique, ainsi que nous pensions en rencontrer après une telle phase d'intoxication et en raison de la débilité de cet émonctoire chez le sujet.

N.-B. — La suite des phénomènes qui se sont produits au cours de cette épreuve a été notée autant que possible au fur à mesure de l'apparition de ces phénomènes dans la conscience du sujet.

Obs. II. — *Mélancolie anxieuse avec crainte obsédante sur fond de débilité mentale et de psychasthénie constitutionnelle.*

Mme M..., 31 ans, dactylographe, 50 kgs.

Malade depuis mars 1926. Sur un fond de débilité mentale s'installe au début un délire de couleur hypocondriaque.

En avril 1927 à son entrée à l'hôpital Henri Roussel. Agitation anxieuse continue. Crainte de mort prochaine. Idées délirantes hypocondriaques. On lui a répandu son liquide céphalo-rachidien jusqu'au bout des doigts. Refus d'aliments, insomnie. S'écorche continuellement la peau parce que le sang ne circule plus et qu'elle va mourir. Tentative de suicide au cours d'un raptus.

Jusqu'en septembre date de son internement à l'asile de Maison Blanche. Anxiété presque continue, concepts délirants mélancoliques à base d'auto-accusation et d'indignité surajoutés aux préoccupations hypocondriaques. Tentative de suicide au cours d'un paroxysme anxieux.

Dans le service, l'anxiété se montre comme le symptôme prédominant. Hurle de frayeur au moment des paroxysmes anxieux, troublant les autres malades.

Délire très actif de teinte mélancolique. Auto-accusation. Elle a trahi la France, elle a fait la guerre. Elle a tué sa mère à force de lui causer du chagrin. Elle a commis des sacrilèges. Indigne, elle ne doit pas manger un morceau de pain. Attente anxieuse, conviction qu'elle va être guillotinée. Tendance aux idées de négation et au délire métabolique. Nous devons ajouter que la malade, probablement du fait de son fond de débilité mentale, est même dans l'état d'anxiété plus ou moins accessible à la suggestion. Et si cette aptitude lui permet d'une part d'enrichir son délire d'éléments nouveaux par le mécanisme d'une véritable contagion mentale née de l'entourage, elle permet en revanche de réprimer dans une certaine mesure ses tendances délirantes et son agitation par une simple action d'autorité morale.

Physiquement, nous sommes en présence d'un sujet amaigri, hypoalimenté. On note : bronchite discrète des sommets, pouls rapide, légère scoliose due sans doute à une séquelle de spondylite.

La malade est traitée par le pantopon auquel l'anxiété cède passagèrement seulement.

Le 28 septembre au moment d'un de ses paroxysmes anxieux nous administrons 0,25 de panpeyotl basique par dose fractionnée de 5 centigrammes et sous forme pilulaire. Entre huit heures et neuf heures la malade prend ses cinq pilules avec des larmes, des cris, mais sans opposition.

L'examen physique ne révèle rien de pathologique en dehors de petits signes découverts antérieurement.

Le pouls est à 100. R. O. C. faiblement positif : 100-92.

La pression artérielle donne : 14/2, 1/2 au Pachon.

Réflexes tendineux vifs. Sensibilité normale.

A 12 heures ; Mme M. . . reste anxieuse. Larmes, cris, lamentation. Supplie qu'on la laisse aller se suicider sur la tombe de sa mère. Attend l'échafaud La seule modification survenue dans son état, et encore est-elle bien légère, consiste en ce qu'elle reste plus facilement au lit et gesticule moins.

Nous avons suivi toutes les deux heures les modifications du pouls et de la tension pendant cette journée sans constater de grosses variations. La fréquence du pouls est un peu moindre (92) à 10 heures du matin et ne se modifie que peu par la suite.

Dans la soirée l'anxiété se calme. A 17 heures le sujet nous voit arriver avec une appréhension moindre, semble-t-il, nous parle pour nous exposer quelques variantes sur son thème d'auto-accusation habituel.

La valeur de la pression artérielle est voisine des chiffres du matin ; le pouls reste un peu plus calme.

La vivacité des réflexes persiste, sensibilité intacte.

Pas de troubles intestinaux, ni gastriques.

Peu de changement somme toute. L'insomnie habituelle se manifeste cette nuit-là comme toujours. Le lendemain la malade nous raconte « qu'elle est restée à penser jusqu'à minuit ».

Le 30 septembre aucun médicament. Paroxysme anxieux dans l'après-midi selon le mode habituel. Déclame des versets de l'évangile, nuit mauvaise.

Le 1^{er} octobre administration de 0,50 de panpeyotl basique par prise de 0,25 entre 8 heures et 9 heures du matin.

Pouls : 88 ; Mx. : 14, mn. : 7 (Pachon). R. O. C. : 88-84.

12 heures : Anxiété persistante. Pouls 88. Pas de variation de tension.

17 heures : Moins agitées. Conceptions délirantes exprimées sur un ton monotone avec moins de conviction.

Pouls : 80 ; Mx. 13, mn. 7.

R. O. C. : (80-78).

Pas de modification de l'état des réflexes.

Pas de troubles gastro-intestinaux.

Les urines du jour examinées le lendemain ne montrent aucun élément pathologique.

La nuit est calme sans qu'on puisse établir une relation bien nette de cause à effet entre cette sédation et l'absorption du peyotl. Pas d'hallucinations.

Le 3 octobre nous poursuivons l'essai avec une dose de 0,75 du même médicament.

La dernière dose est prise à 17 heures.

A 17 heures la malade est relativement peu inquiète. Tranquille dans son lit, un peu engourdie, hébétée. Mydriase. Le pouls a varié de 8 à 12 pulsations.

La maxima s'est abaissée de un degré et demi.

Pas de troubles digestifs.

Pas de troubles urinaires.

La soirée se passe sans cris et sans lamentations.

Insomnie. Une panne d'éclairage fournit un aliment à son activité délirante. Les trois bougies sur la table du dortoir indiquent sa mort prochaine. Mais elle ne hurle pas de terreur ainsi qu'elle a coutume de le faire. Bavarde seulement pendant la plus grande partie de la nuit sur le thème délirant qui lui est cher.

Nous avons cessé l'essai chez ce sujet voyant survenir une période cataméniale. Huit jours après une prise de 1 gr. de panpeyotl ne donne pas de résultat plus probant. Menace de vomissement dans l'après midi.

Obs. III. — *Mélancolie anxieuse présénile. Tentative de suicide.*

Mme B..., 47 ans. Poids 89 kg.

En janvier 1927 commence un accès de mélancolie à forme dépressive puis évolution vers la forme délirante avec anxiété.

Dépression simple au début de l'année, *taedium vitae*, hyperémotivité, inquiétude, chute de l'état général après une longue phase où elle s'alimente mal. En mars l'anxiété apparaît plus nettement et engendre plusieurs tentatives de suicide (défenestration, empoisonnement, strangulation). Puis s'ébauche un délire de type mélancolique et peu cohérent.

Vers la fin de mars entre à l'asile de Maison Blanche service du Dr CAPGRAS.

Très anxieuse, d'une anxiété qui ne s'extériorise qu'à peine. Inhibition si marquée qu'elle ne peut articuler deux mots de suite. Apparence de désorientation totale. Tableau psychique qui fait penser à un état confusionnel, en somme. Symptômes de maladie de Basedow.

Au bout d'un mois après une cure de pantopon, la malade évolue vers un état plus proche de la mélancolie typique.

« Mélancolie anxieuse, sentiment d'étrangeté, interprétations multiples. Idées de persécution et de culpabilité, craintes imaginaires ».

Amélioration progressive. L'anxiété persiste atténuée mais continue suspendant toute activité volontaire. De sorte que le 1^{er} octobre Mme B. nous apparaît encore très inquiète, assise constamment sur son lit, exécutant de façon continue, le même geste de se frotter les mains, de se toucher le front, les traits tirés exprimant la crainte. Les idées délirantes sont rares et vagues. La même interrogation revient à chaque instant sur ses lèvres : « qu'est-ce qu'il y-a ? Je ne comprends pas ».

L'examen physique de la malade difficile à cause de l'inquiétude qu'il réveille ne donne aucun élément symptomatique-pathologique ni circulatoire, ni respiratoire. Pas de signes d'insuffisance hépatique ni rénale. Pas de signes neurologiques non plus. La tétrade symptomatique de Basedow s'est atténuée. Persistance de l'exophtalmie légère, tuméfaction thyroïdienne, pas de tremblement, pas d'accélération du pouls. Amaigrissement marqué.

Entre 8 heures et 9 heures et demie du matin : administration *per os* de 0,25 de panpeyotl basique sous forme de pilules de 0,05 chacune.

A 8 heures : le pouls est à 84. La pression artérielle donne au Vaquez. Mx. 12, mn. 6 1/2.

R. O. C. indifférent.

A 11 heures : le pouls est à 80. La pression se chiffre : Mx. 11, mn. 6 1/2.

La malade prend ses repas comme d'habitude.

Dans l'après-midi légère détente de l'inquiétude. Mme B. converse quelques instants avec nous, ce qu'elle ne fait d'habitude qu'avec effort : bafouillant, cherchant ses mots.

L'application de l'appareil de Vaquez ne l'émeut pas comme il arrive souvent.

Oublie de poser sa question habituelle « qu'est-ce qu'il

y a ». Exprime quelques idées mélancoliques, mais consent à envisager avec nous sa guérison et sa sortie prochaine.

Les traits du visage sont moins tendus. L'expression un peu tragique du regard persiste due à l'exophtalmie.

A 17 heures :

Mx. 12, mn. 6 1/2.

Pouls 84. R. O. C. 80.

Pas de troubles digestifs. Appétit normal.

Pas de troubles de la diurèse.

Nuit calme. Pas d'insomnie. Pas de cauchemars.

Le jour suivant la malade reçoit de nouveau 0,25 de panpeyotl.

On note. Ralentissement du pouls : 84 à 9 heures ; 72 à 11 h. Légère chute de la pression artérielle portant exclusivement sur la maxima : à 9 h. Mx. 11 1/2 ; à 11 h. Mx. 9.

A 17 heures : nous revoyons Mme B... qui vient de recevoir la visite de sa famille. Elle nous exprime seulement sa volonté de rentrer chez elle très vite. Manifeste de la crainte parce qu'on ne lui fixe pas de façon précise la date de sa sortie.

Pouls 84. Retour de la pression artérielle aux valeurs indiquées à 9 h. du matin. R. O. C. (84-72).

Pas de troubles digestifs.

Les urines du jour précédent contiennent de l'urobiline (réaction faible). Nuit calme.

Le 3 octobre : la dose de panpeyotl est portée à 0,75.

Pas de modifications plus nettes que les jours précédents. L'aptitude à l'anxiété se manifeste le jour suivant sous une influence minime.

Les effets physiologiques constatés (modification du pouls et de la pression artérielle) ne sont pas beaucoup plus marqués qu'avec les doses précédentes.

Le premier novembre : à l'occasion d'un retour assez vif à l'anxiété, avec recrudescence du fond délirant mélancolique. Nous administrons de nouveau du peyotl.

Une dose de 1 gr. d'extrait mou chloroformique en quatre prises de 0,25 l'un.

La drogue est bien tolérée. Ne provoque aucuns troubles digestifs. Hypotension passagère. Ralentissement du pouls peu marqué.

L'anxiété s'atténue mais passagèrement. Quelques heures durant Mme B... cesse de s'agiter sur son lit, de s'asseoir, de se coucher, de se frotter les mains comme elle vient de faire pendant plusieurs jours déjà.

Le fond mélancolique reste intact et les idées d'indignité restent intenses aux heures même où la malade paraît le plus tranquille.

Pas d'hallucinations.

Légère insomnie, mais sans agitation motrice, la nuit suivante.

Obs. IV. — *Mélancolie de la ménopause avec délire polymorphe et épisodes anxieux.*

Mme B..., couturière, 54 ans. Poids 61 kg. 500.

Entre à l'Asile de Maison Blanche, service du Dr CAPGRAS, le 2 septembre 1927.

Depuis 18 mois a bâti sur un fond dépressif marqué un délire polymorphe, fait de conceptions mélancoliques, de préoccupations mystiques et surtout d'exaltation de sentiments maternels déréglés qui paraissent être une sorte de réaction aux déceptions d'une union mal assortie. Interprétations multiples des faits et gestes de l'entourage. Interprétations de ses propres troubles psychasthéniques. Illusions auditives et visuelles. Obsession et impulsions. Troubles de la conduite : fugues répétées, agressivité, tentatives de suicide.

A l'entrée la malade présente une sorte d'exaltation intel-

lectuelle et enrichit l'exposé de son fond délirant d'une grosse part d'éléments imaginatifs. Cette excitation est tombée depuis, peu à peu, et il reste un état dépressif avec délire triste, monotone, fixé sur quelques idées d'indignité, d'auto-accusation et d'attente d'un châtiment.

L'examen physique nous a permis de noter au début de son séjour des signes de Basedow frustes : légère hypertrophie du lobe droit du corps thyroïde avec conservation de la consistance normale de la glande, exophtalmie peu marquée, pouls ne dépassant que très rarement 92.

Erethisme cardiaque. Tension artérielle normale.

R. O. C. inversé.

Pas de tare pulmonaire.

Réflexes tendineux vifs.

La ménopause est établie depuis quelques mois.

Le 11 octobre pour la première fois la malade fait une crise d'anxiété, gémissements incessants, lamentations. Impossibilité de garder le lit, supplie qu'on lui porte secours, qu'on la protège contre le malheur qui va fondre sur elle. Elle ne saurait définir ce qu'elle redoute du reste.

Sous l'influence de cet état aigu, elle se précipite tête baissée dans une vitre et se blesse légèrement au front.

Mauvaise nuit. Agitation anxieuse. Mme B... pousse des cris de terreur et trouble le repos de ses voisines.

Le 12 au matin nous la trouvons dans ce même état pénible. Le visage contracté, le regard tragique. Doit être maintenue au lit. Elle paraît inaccessible au raisonnement et cependant nous lui reprochons vivement le geste dangereux qu'elle a eu la veille, lui montrant toutes les conséquences fâcheuses qui peuvent en résulter pour elle.

Le pouls est à 92... La tension artérielle donne Mx, 16 1/2, mn. 7 1/2 au Pachon. Le réflexe oculo-cardiaque est indifférent.

Vers 10 heures la malade prend 0,75 de panpeyotl en trois pilules de 0,25.

A 11 heures, à force d'insistance, on lui fait prendre quelques aliments.

A 14 heures, nous la revoyons dolente, gémissante, inquiète, mais elle paraît accessible aux paroles rassurantes qu'on lui prodigue. Le pouls est aux environs de 84 et la tension n'a pas varié. R. O. C. indifférent

La soirée s'écoule sans qu'il survienne grande modification. Il persiste une inquiétude vague mais la malade ne l'exprime pas. Elle est apathique, n'essaie plus de parler de ses préoccupations délirantes. Prend docilement son repas du soir et promet de ne faire ni bruit ni geste dangereux pour elle-même. Insomnie partielle, mais sans agitation et sans manifestation bruyante.

Le lendemain la même dose de panpeyotl est absorbée. Même état d'inquiétude perlée sans retour de la grande anxiété. Se laisse diriger docilement.

Les jours suivants elle entre dans une phase d'inertie psychique et physique où elle est encore actuellement malgré la vivacité de ses convictions délirantes, mélancoliques.

Obs. V. — *Mélancolie anxieuse présénile.*

Mme O., 54 ans. Poids 51 kg.

Depuis six ans déprimée et inquiète. Etat sans précédent dans la vie du sujet et dont l'apparition a coïncidé avec les prodromes de la ménopause maintenant établie depuis 4 ans. Fibrome utérin involué spontanément pendant cette période critique.

En janvier dernier état dépressif plus marqué traité sans succès dans divers établissements de psychothérapie.

Dès les premiers mois de l'année elle bâtit un délire mélancolique à base d'idées d'indignité, d'autoaccusation, de préoccupations hypocondriaques (syphilophobie). Il s'y mêle

des éléments hallucinatoires. Des voix lui parlent de procès politique où elle est impliquée, lui donnant l'ordre de tuer ses enfants. Devant ses yeux s'inscrivent sur les objets des phrases accusatrices. Dans son verre elle lit des chiffres qui lui démontrent sa ruine et celle des siens. Ses mains sont imprégnées d'une odeur d'incendie.

Troubles de l'humeur. Devient difficile à diriger.

Actes absurdes, peut être résultant d'un élément d'anxiété. Se déshabille et se rhabille, retire son dentier 10 fois en un quart d'heure, tentative de suicide par submersion, peut-être sous la même influence.

À l'entrée à Maison Blanche, le 15 juin 1927 :

« Confusion mentale, onirisme. Début monotone exprimant des idées d'indignité : elle est méchante, criminelle. supplie qu'on la mette au cachot. Auto-accusation. Elle s'est fait avorter, a fait des bêtises ».

Facies congestionné, exprimant la terreur.

Tremblement généralisé.

Aucun signe organique en dehors de l'état clangoreux du second bruit aortique. Hypertension : Mx 20, mn. 10 1/2 (Vaquez).

Dosage de l'urée dans le sérum sanguin : 0,27.

Le 4 juillet l'anxiété s'extériorise à mesure que s'efface l'état de confusion. Elle devient le symptôme prédominant du tableau clinique, mais cède peu à peu à une cure de pantopon.

En fin octobre : Dépression persistante avec intégrité du fond mélancolique sans délire. Sort sur la demande de la famille et aussitôt, redevenue terriblement anxieuse, se donne un coup de ciseau dans la gorge.

Ramenée à l'Asile gémissante. Pousse de longues plaintes de terreur, ne reste pas au lit. S'accuse en sanglotant de la

perte des siens. Insomnie, turbulence nocturne. Refus d'aliment.

Le 5 novembre à 11 heures, reçoit un gramme de panpeyotl basique par doses de 0,25 prises à une demi-heure d'intervalle.

Pas d'effet jusqu'à 15 heures, continue à gémir, à crier ses alarmes et ses crimes. S'agite continuellement.

Vers 16 heures, où nous la voyons, le calme est survenu insensiblement. Elle répète d'une voie dolente qu'elle est coupable et en quoi elle est coupable, affirme qu'elle est damnée. Mais il semble qu'elle ne sente plus ce qu'elle dit ; en un mot qu'un certain degré d'anesthésie affective se soit constitué en elle. Son visage est calme, détendu. Elle demeure tranquille dans le lit. Ne s'oppose plus à ce qu'on l'alimente, sans toutefois faire aucun geste pour se nourrir d'elle-même.

Sè laisse ausculter sans opposition.

Le pouls est lent : 76. Il a varié entre 92 à 9 heures du matin et 80 vers 11 heures. R. O. C. : faible, positif.

La pression artérielle est élevée : 19 1/2 — 10 (Vaquez).

Aucun signe de fléchissement du myocarde à l'auscultation.

A 17 heures : s'endort et jusqu'à une heure avancée de la matinée du lendemain demeure tout à fait calme.

Pas de troubles digestifs.

Rien du côté de l'appareil urinaire.

Le sommeil a été calme. En aucun moment de la soirée ni de la nuit on ne note d'hallucination.

Le 6 novembre la malade ne prend pas de peyotl. Soirée mauvaise. Retour de l'anxiété très marquée. Agitée la nuit.

Le 7 novembre dans la matinée Mme C. prend de nouveau 1 gramme de panpeyotl en quatre doses. Le médicament

est accepté difficilement à la fin, pour les deux dernières pilules. A 14 heures la malade a dû être mise en chambre d'isolement tant elle est remuante. A 16 heures elle est de nouveau au lit, inerte, engourdie. Le pouls s'est ralenti tombant de 96 à 172. Ses idées délirantes restent intactes au fond et s'exprime en quelques paroles seulement. « Je suis une criminelle. Je suis abandonnée. J'ai perdu ma famille ». Mais elle parle comme s'il s'agissait d'une personnalité étrangère à la sienne. Une demi-heure après elle s'endort.

Une nuit très calme de somme régulier. Le lendemain la sédation de l'anxiété persiste et dure vingt-quatre heures encore alors même que les idées délirantes mélancoliques sont gardées intactes ainsi que le démontre l'interrogatoire du sujet.

10 novembre : nous avons cessé d'administrer du peyotl faute de ressources suffisantes en médicament. Notre malade est de nouveau anxieuse depuis environ quarante-huit heures mais les manifestations sont moins vives qu'avant l'usage du peyotl. Pendant une quinzaine elle cessera ensuite de gémir, de s'agiter s'alimentant même et retrouvant le sommeil avec l'aide d'une faible dose de somnifène (XXX gouttes).

Obs. VI. — Service du Dr CAPGRAS. « *Mélancolie intermittente avec idées de persécution* ».

Mme F..., 51 ans, sans profession.

Présente pour la quatrième fois un accès de mélancolie sur un fond délirant de persécution. Lors de la première phase critique de sa maladie elle a présenté des idées de persécution nette, à base d'interprétation et d'hallucinations auditives et surtout olfactives (tentative d'empoisonnement perpétrée sur sa personne à l'aide de gaz nocifs à odeur d'acétylène), des réactions de persécutée également (constats

d'huissier, plaintes à la mairie d'A). Dépression marquée à l'entrée. Ménopause et éthylisme chronique.

A l'époque du second internement la dépression est devenue mélancolie délirante et l'anxiété apparaît.

Cette dernière fois l'anxiété a ouvert la scène brutalement. La malade est une mélancolique anxieuse qui garde bien la conviction des persécutions anxieuses et récentes, mais que dominant aujourd'hui le chagrin, le désespoir, et surtout la crainte. Les interprétations, les hallucinations sont celles d'une mélancolie (Accusation de vol, de méfaits qu'elle ignore. Les voitures qui passent la nuit dans la rue viennent pour elle. On parle autour d'elle de révolution). Elle croit avoir la rage et supplie qu'on la conduise à Pasteur de peur de faire du mal autour d'elle.

Tendance au refuge dans la mort et en même temps attente anxieuse d'un malheur inconnu qui va la frapper elle et son mari.

Physiquement facies d'intoxiqué; langue sâle, pommettes variqueuses (éthylisme), subictère des conjonctives. Foie dépassant un peu le rebord costal douloureux à la pression.

Pas d'éléments anormaux dans les urines.

Pas de signes neurologiques.

La tension artérielle est 17 pour la maxima, 8 pour la minima... (Pachon).

Mitrail un peu sourde, seule séquelle d'une endocardite rhumatismale survenue en 1925.

Le 2 janvier Mme F... est plus anxieuse que de coutume. Insomnie gémissante toute la nuit. Etat panophobique, ne reste pas au lit le jour et fuit au hasard, égarée, tremblante :

R. O. C. faiblement positif ? : 92-89.

Réflexe solaire : indifférent.

La malade absorbe dans l'après-midi 0,75 de panpeyotl basique en trois pilules de 0 25 l'une. Deux heures après la dernière prise, vers 18 heures, la malade est revue par

nous, toujours inquiète, mais restant plus longtemps dans son lit et ne s'opposant plus à l'examen physique.

Le pouls s'est ralenti aux environs de 80. Le R. O. C. est plus franc : 80-68. Le réflexe solaire ne change pas. La tension artérielle est très peu modifiée.

La nuit est bonne, non pas du fait de la disparition de l'insomnie, puisque la malade ne dort que pendant quatre heures environ, mais du moins les manifestations extérieures de l'anxiété se sont amendées. Pas de gémissements pas de fuite au hasard hors du lit.

Le lendemain nous laissons la malade au repos sans aucun médicament. Aucune manifestation de réaction hépatique. Pas d'éléments anormaux dans les urines. L'appétit est bon. L'anxiété persiste, et la malade ne dort pas la nuit suivante se plaignant spontanément à nous de son insomnie.

Le 4 janvier recrudescence de l'agitation anxieuse dans l'après-midi. Administration difficile de 1 gramme de panpeyotl basique. Dans la soirée Mme F. se calme, reste au lit, cesse de gémir trop fort, nous refuse son dîner se plaignant de pesanteur gastrique. Les idées délirantes restent inchangées, exprimées avec une grande difficulté d'élocution. Par instant elle est totalement inhibée.

Le R. O. C. donne des variations positives très faibles, la tension artérielle n'a pas varié beaucoup plus que dans le premier essai (Abaissement de un centimètre de Hg. portant exclusivement sur le maxima, 4 heures après la dernière prise de médicaments).

Le pouls est au même moment considérablement ralenti : 64.

La nuit est bonne ; le sommeil plus prolongé et plus calme s'étend sur une période de huit heures.

Le lendemain la malade reste inerte dans le lit toujours délirante sur le même mode et souffrante d'un état de crainte diffuse.

Mme F. a reçu les jours suivants par suite de l'insuffisance de nos ressources en peyotl chaque soir une dose de 0,25 de véronal. L'anxiété est tombée complètement, notre sujet est calme, sourit à notre approche nous demandant quand elle pourra rentrer chez elle; craint seulement d'être de nouveau souffrante et contrainte de revenir ici.

Obs. VII. Prise dans le service du Dr CAPGRAS, Asile de Maison Blanche. *Mélancolie présénile.*

Mme C..., 54 ans, sans profession.

Actuellement à son deuxième internement. Traitée une première fois il y a sept ans pour un accès de mélancolie anxieuse avec idée de culpabilité (On l'accuse d'avoir tué ses enfants), plaintes et lamentations monotones. Hallucinations psychiques (menaces, accusations) négativisme Ménopause en cours. Mauvais état général.

En 1925 lors de la deuxième entrée, accès mixte d'agitation avec idées mélancoliques, cris, déclamations. Hallucinations psychiques très actives (injures, menaces, accusations de vol). « Les voix mentales sont trompeuses » Influence : On lui travaille la tête toutes les nuits, on profite de la faiblesse de son cerveau. Réflexion sur ses actes. — Vol de la pensée. — Tentative de suicide par défenestration, qui a motivé l'internement.

Depuis périodiquement fait des accès d'excitation avec anxiété aiguë. Réactions de persécutée : accuse le personnel, le médecin de la travailler, d'abuser de la faiblesse de son esprit, de tuer ses enfants. Injures à ses persécuteurs. « Rendez-moi mes enfants et mon mari, assassins ! bandits ! » Telle est la note habituelle qui revient à chaque période d'excitation.

Le 3 janvier présente un état toxi-infectieux indéfini. Vomissements en série, diarrhée, état fébrile. Agitation nocturne, tendance à fuir au hasard dans le dortoir avec réac-

tions agressives à l'égard du personnel. Au cours d'une de ces impulsions de la fugue, elle tombe et se fait une énorme plaie contuse au visage

Au matin état pantophobique. Hurle affolée dès qu'on l'approche. Cherche à fuir. Facies vultueux terrifié. Crie qu'on va la tuer, injurie, cherche à griffer. Etat fébrile, température 38,5. Par instant la voix lui manque, tant elle est anxieuse

Ce jour-là reçoit deux centigrammes de morphine qui sans la calmer absolument, sans modifier ses réactions verbales font qu'elle reste au lit et repose une partie de la nuit suivante.

Le 5 janvier au matin l'anxiété est plus violente que la veille, la malade doit être presque constamment maintenue au lit par une infirmière. Cris angoissés. Opposition. Sitio-phobie Examen physique impossible. θ 38,2. Elle reçoit vers onze heures du matin une injection hypodermique de 0,42 de panpeyotl basique dilué dans 5 cc. d'eau distillée.

L'action est nette. Au bout d'une heure l'agitation anxieuse se calme pour une période de cinq heures environ.

A quatorze heures nous pouvons l'approcher et pratiquer un examen physique bien qu'elle répète sa plainte monotone. « Assassin, bandit, vous voulez me faire du mal ». Le pouls est à 90. La disposition de la plaie du visage ne nous permet pas d'interroger le R. O. C. Tension artérielle 13 1/2-6 1/2. (Pachon) nous n'avons pas malheureusement de chiffres antérieurs à comparer.

Vers vingt heures, un peu d'agitation motrice sous forme de gesticulation tendant à arracher son pansement. Température 39,2. Une nouvelle injection de 0,42 de panpeyotl est pratiquée, ce qui porte la dose totale *pro die* à 0 gr. 84.

Nuit calme, pas de gémissements. Sommeil jusqu'au début du jour suivant.

Aucun signe d'intolérance. Pas de réaction locale. L'anxiété

et les réactions motrices réapparaissent le lendemain. La température a cédé passagèrement. Aucun élément anormal dans les urines bien qu'il s'agisse d'un sujet frappé de débilité rénale(albuminurie ancienne).

Pas de signe de dépression cardiaque. Pas d'abaissement de la tension sur les chiffres certainement cités

Le jour suivant nouvelle ascension thermique. Etat panthobique plus marqué. On administre à nouveau de la morphine dont l'emploi doit être suspendu rapidement, (dépression cardiovasculaire).

Le symptôme sitiophobie n'a cédé ni au peyotl ni à la morphine.

Obs. VIII. — (Service du Dr CAPGRAS *Hébéphrénie.*

Mlle G..., 49 ans, employée de banque, entrée à Maison Blanche en septembre 1927. Présente alors un état mélancolique atypique. Alternativement inquiète et inerte. Demimutisme. Idées confuses d'indignité, d'auto accusation dans le domaine mystique et sentimental surtout. Rêveries. Mobilité d'humeur. Rires discordants Défaut d'attention, conscience partielle et pénible de son état avec sentiment d'étrangeté. Impulsions du suicide demeurées à l'état de geste inachevé. Troubles vaso-moteurs : Alternatives de rougeur et de pâleur subites, surtout marquées au niveau du visage. Suspicion de tuberculose pulmonaire. Se révèle très vite comme une hébéphrénique. Mélange d'états d'excitation et de dépression rapidement alternés Lenteur de l'idéation. Indifférence, discordance. Impulsions brutales, Gâtisme.

De temps en temps crises d'anxiété diffuse. Muette, l'air égarée et effarée, elle ne tient plus en place, se blottit dans un coin, fuit au hasard dans le dortoir. Ces poussées anxieuses procèdent par périodes de cinq à six jours de durée. Entre elles la malade donne de façon la plus nette des manifestations typiques de sa maladie.

Nous citerons seulement quelques phrases du discours dissocié presque incohérent qui lui est habituel.

« Où suis-je ici ? je me disais que j'étais en enfer... Je ne laisse pas les bons tranquilles... Je vais garder ma langue... Je suis une voleuse .. Je n'aime pas ces images que l'on voit avec dix bras... J'ai fait de beaux rêves ; j'ai rêvé de ma petite... J'ai oublié. Oh ! il me semble que je perds la tête et la raison. Il me semble que je suis un poison et que j'empoisonne... Il me faudrait du sang, il faut me couper la jambe... J'ai une drôle de maladie mentale ».

Le 28 décembre apparaît une poussée anxieuse selon le mode habituel. Impossibilité de rester en place. Effrayée comme d'un cauchemar intérieur. Inaccessible aux paroles d'autrui. Ne répond même pas à l'appel de son prénom. Gesticulation confuse sans finalités. Mutisme. Sitiophobie. Troubles vaso-moteurs intenses.

R. O. C. ascendant 88 100. Réflexe solaire positif. Tension artérielle 12 1/2-6 (Vaquez)."

G. reçoit à onze heures du matin 0,42 de panpeyotl soluble injectable, dilué dans deux centimètres cubes d'eau distillée,

Aucune action sur les manifestations anxieuses, sauf à atténuer un peu les désordres moteurs.

Trois heures après l'injection le R. O. C. est devenu faiblement positif : 92-84 Le réflexe solaire est invariable. Pas d'hypotension artérielle.

La nuit est calme mais sans qu'on puisse en attribuer le bénéfice au médicament étant donnée l'extrême mobilité d'aspect du sujet.

Le lendemain les phénomènes anxieux sont de nouveau très nets. La malade s'agite au point qu'elle doit être isolée. Deux injections de 0,42 de panpeyotl injectable lui sont de nouveau administrées sans qu'il en résulte d'autre effet que de lui faire accepter l'alitement plus facilement. Deux heures après l'injection, nous entendons la malade exprimer son

rève douloureux et inquiétant par cette réflexion : « J'ai vu le diable. Beaucoup de diables rouges qui dansent — Mourir ! — ».

Les valeurs du R. O. C. varient dans des proportions sensiblement égales à celles de la première expérience. Pas d'action sur la tension artérielle

Le pouls se ralentit à 80 une heure après la seconde injection.

Pas de signe d'intolérance. Pas de réaction locale.

La nuit suivante n'est ni meilleure ni plus mauvaise que les précédentes.

Obs. IX (Malade du service du Dr CAPGRAS) — *Mélancolie anxieuse avec tanatophobie et idées de suicide.*

Mme H., 32 ans, sans profession.

Entrée dans le service en février dernier avec le certificat suivant : « Mélancolie secondaire à une confusion mentale puerpérale. Interprétation d'un rêve, crainte d'être condamnée à mort et de ne pas mourir. Idées de culpabilité. Se croit pestiférée, se sent torturée. Idées de suicide. Anxiété ».

Dans l'histoire de son passé nous relevons l'existence d'une obsession, l'obsession de la mort qui survit encore à travers le délire actuel.

L'évolution de la grossesse récente a été coupée d'accidents organiques inquiétants qui ont nécessité l'accouchement provoqué. Dans les suites de couche, phlébite et éclosion temporaire des troubles mentaux. Tentative de suicide.

L'examen physique de Madame H., nous a révélé en plus de l'amaigrissement, l'existence de signes stéthoscopiques qui font suspecter la bacillose pulmonaire.

Depuis son admission, de nombreuses crises d'anxiété s'accompagnant d'abord d'une simple suractivité verbale par laquelle s'extériorise tout son délire.

« C'est épouvantable, toutes les nuits on me montre la mort, tout le temps la mort. On cherche à me faire crier pour voir si je vais mourir ; tous les jours on s'attend à ce que je meure. Quand je me réveille c'est la mort... — Le diable m'a dit que je « mourrais dans la pourriture, le corps déchiré en deux. Je mourrai d'une agonie que personne n'a jamais eue... Une morte vivante c'est la première fois que cela arrive ..

« Si vous passiez cinq minutes comme je passe des nuits vous en frémiriez d'horreur ».

Supplie et injurie tour à tour. « Vous êtes des bourreaux, des sauvages, des monstres, puisque vous ne mettez pas fin à mon agonie ».

Tentatives de suicide par morsure des téguments à l'endroit où transparaissent des veines. Sitiophobie.

Bientôt le retour de l'anxiété s'accompagne d'agitation motrice. Le sujet se débat, hurle, sanglote.

Impulsion brutale à se jeter la tête dans les murs, sur les fers de son lit.

Plusieurs fois traitée par le pantopon qui calme l'agitation anxieuse, mais crée chez elle un état d'obnubilation massive et provoque parfois des vomissements.

Le 15 janvier retour du paroxysme anxieux. Hurlement de terreur, court au hasard dans le dortoir. Sanglote et se débat si on la maintient au lit, s'accroche désespérément à nous, incapable d'exprimer par des paroles son état de torture. Un mot ou deux à travers les hoquets, les sanglots « du poison !... du poison !... »

Grosse difficulté d'apprécier la fréquence du pouls qui est très petit et environ de 110-120. Impossibilité de rechercher l'état du réflexe oculo-cardiaque.

Rougeur diffuse de la face et du cou.

La malade reçoit à une heure d'intervalle (9 heures et 10 heures du matin) deux doses de 0 gr. 50 de panpeyotl injectable.

A midi, nous la retrouvons au lit s'alimentant machinalement sous la direction d'une infirmière qui la surveille. Elle nous paraît ivre, instable même dans la position assise qu'elle occupe pour l'instant. Ses gestes sont imprécis. Automatiquement elle exécute avec une maladresse et une lenteur inaccoutumée le geste de s'accrocher à nos vêtements. Quelques paroles qui nous démontrent combien les idées délirantes persistent tout à fait intactes. Pâleur du visage et pupilles légèrement dilatées.

Pouls 88. R. O. C. (84-82) très faiblement positif. La tension artérielle donne au Pachon : Mx. 10 1/2, mn. 6 (1).

Le repas est bien toléré. Après midi calme.

A cinq heures du soir, avant le repas, nous retrouvons la malade assise sur sa couche, très présente au milieu, observant le mouvement des autres malades. Ne paraît presque plus inquiète, mais toujours aussi délirante. Quelques injures parce que nous n'avons pas voulu mettre fin à son agonie : « Ce n'est pas comme cela que vous me tuerez, c'est avec du poison par la bouche ». Manifestation de mépris à notre égard puisque nous n'avons même pas réussi à la faire mourir.

Pouls 92. R. O. C. (92-82-80).

Nuit calme. Quelques heures de sommeil seulement (506) mais pas de gémissements, de sanglots, de fuites, selon le mode habituel.

Cet état se maintient jusqu'au **lendemain vers 13 heures** où Mme H. s'agite de nouveau elle reçoit alors d'abord 0 gr. 28 de panpeyotl injectable puis à 20 heures une nouvelle dose de 0 gr. 50. Donc une dose totale de 75 centigrammes.

L'après-midi et la nuit sont calmes. Pas d'effets secondaires fâcheux.

Malgré la persistance des idées délirantes l'état affectif

(1) En dehors des paroxysmes anxieux elle est de 12-6 1/2 environ.

est atténué. Il semble que le délire est presque seulement intellectuel.

Pas de variations du pouls ni du R. O. C. plus accentuées que la veille, cependant, le pouls vers 20 heures, avant la seconde injection battait à 102.

Huit heures de sommeil. Pas de céphalée au réveil.

Le lendemain, 17, la détente émotionnelle persiste et il n'est fait usage d'aucun médicament. Pas de signes d'insuffisance hépathique ni rénale.

Appétit normal.

Lucidité, présence au milieu.

Le 18 janvier vers 13 heures reprise de quelques manifestations anxieuses discrètes. Administration de 0 gr. 50 de panpeyotl en une dose.

Lorsque nous abordons la malade dans la soirée nous constatons une fois de plus que les idées délirantes sont intactes.

Pouls 84 R. O. C. (7 heures après le repas) 84-80.

Pendant les six jours suivants il n'y a pas eu de retour d'anxiété, nouveau paroxysme le 13^e jour.

Obs. XI. — Service du Dr CAPGRAS, *Psychose intermittente : épisode anxieux*.

Mlle K... 35 ans, domestique. Sujet de race noire.

A son entrée présente un état de panophobie extrême. Fuit, se cache dans tous les coins. S'évade de son lit mais ne veut pas non plus s'en laisser éloigner. Suffisamment présente pour identifier les infirmières et le médecin s'accroche désespérément à ce dernier et se blottit le visage contre sa poitrine. Mimique de terreur tout à fait puérile. Petits cris aigus, pleurs, hoquets de terreur. Tremblement des mâ-

choires qui rend son élocution tout à fait malaisée par moments.

Exprime des craintes absurdes : « Ils disent qu'ils veulent me mettre au four ». « Des gens qui vont me tuer à coup de sabot ». « La dame, elle dit que je viens ici pour manger son pain ». « Docteur, vous allez me mettre dans une cage ».

L'existence d'hallucinations est très improbable bien que la réalité en soit affirmée dans des certificats antérieurs de quelques jours.

L'examen physique est difficile et ne nous donne à constater que la rapidité du pouls et un R. O. C. ascendant (100-120).

Mlle K. reçoit à 17 heures 0 gr. 50 de panpeyotl injectable et une heure plus tard une seconde dose de 0 gr. 50, environ une heure et demie après la seconde injection le sommeil survient très profond, et se prolonge jusqu'au début du jour suivant.

Nous notons seulement un ralentissement du pouls à 84 vers 22 heures.

Le jour suivant la malade reste inquiète. Tout au plus peut-on constater qu'elle garde le lit plus volontiers et s'alimente, ce qu'elle avait refusé de faire la veille.

Dans l'après-midi, à une heure d'intervalle, elle reçoit de nouveau deux doses de 0 gr. 50 et malgré tout, dort éveillée jusqu'à dix heures du soir. La nuit elle dort peu, restant à plusieurs reprises assise sur son lit pendant de longs moments, mais ne crie pas.

Dans la matinée du troisième jour, nous lui donnons de nouveau un gramme de panpeyotl injectable parce que l'état d'inquiétude se manifeste de nouveau par des pleurs et des interrogations craintives. Le pouls est de 100. Le R. O. C. 100, 104 à 106, (malade étant à jeun). La tension artérielle donne (13 1/2-17) au Vaquez.

Après la deuxième injection de 0 gr. 50, faite après le déjeuner, la malade s'endort et repose doucement jusqu'au lendemain matin. Le fait de la changer de dortoir qui chez les anxieux provoque presque toujours une recrudescence des symptômes ne l'a pas émue. Le sommeil est assez léger pour que le personnel puisse lui faire prendre son repas du soir.

Le pouls pendant cette journée a varié entre 80 dans les premières heures de l'après midi et 88-92 vers le soir.

Le R. O. C. ne s'est pas modifié.

Pas de signe d'intolérance ni de réaction locale.

Pas de symptômes de perturbation ni hépatique ni rénale. Aucune modification de la température.

Nous avons cessé l'administration du médicament. Notre sujet pendant les deux jours suivants se montre seulement dolente, pusillanime, comme le sont parfois les gens de sa race dès que la plus bénigne des maladies les touche.

La sédation du syndrome anxiété se maintient encore pendant les quatre jours suivants.

Obs. XII. — Service du Dr BEAUDOIN (Maison Blanche).
Mélancolie présente.

Mme L... 73 ans. Sans profession.

A l'entrée présente un état d'affaiblissement sénile des facultés intellectuelles. Anxiété paroxystique, craintes multiples. Croit avoir fait du mal à ses enfants. A peur d'être empoisonnée, d'avoir quantité de maladies graves (cancer, urémie). On lui a fait une piqûre pour la tuer (prise de sang). Elle a entendu dire qu'on mettait de la teinture d'iode dans ses aliments. Radotage sénile.

Gémissements, pleurs, cris, hurlements, appels au secours. Opposition. Refus d'aliments. Turbulence diurne et nocturne. Insomnie.

Fond d'hyperémotivité et d'anxiété constitutionnelles.

Sénilité organique marquée. Arc sénile de la cornée. Le premier bruit du cœur est sourd et prolongé.

Pouls dur tendu. Aux environs de 100-110.

L'agitation anxieuse nous empêche de vérifier les valeurs de la pression artérielle et l'état du R. O. C.

Etat saburral des voies digestives. Taux de l'urée sanguine normal.

Le 23 Janvier, elle est particulièrement anxieuse et difficile, ne tient pas au lit, hurle que tous les siens sont perdus, sont dans des caves et vont être menés aux travaux forcés. « Vous allez me tuer ».

Reçoit dans l'après-midi un gramme de panpeyotl basique injectable en deux doses de 0 gr. 50 à une heure l'une de l'autre.

Aucune modification de l'état d'agitation anxieuse. Un nouvel élément alimente le délire sous la forme d'une crainte terrible d'être déjà morte parce qu'on lui a fait des piqûres.

Pouls aux environs de 92 — R. O. C. (pris à grand peine, 5 à 6 heures après le repas), donne des variations presque inappréciables (4 à 2 pulsations).

Le personnel qui surveille la malade le lendemain après midi note chez elle une docilité inaccoutumée mais notre visite réveille très facilement les craintes.

Le 25 au matin, l'agitation redouble. La malade hurle et ne peut tenir en place, elle fuit, trémulante égarée. Pouls à 100.

Reçoit à **8 heures**, à **10 heures** et à **12 heures**, chaque fois 0,50 de panpeyotl basique par voie hypodermique. Soit 1 gr. 50.

Presque aussitôt la dernière injection s'endort progressivement. **A 13 heures 30** le sommeil est profond, mais la vigilance de la sensibilité périphérique persiste. Nous avons

peine à écarter les paupières pour vérifier l'état de la pupille : mydriase légère, visage pâle.

Le pouls est tombé franchement à 64.

Vers 17 heures le réveil se produit. La malade se laisse alimenter sans protestations. Ne parle pas, mais nous repousse quand nous approchons.

Le pouls donne une fréquence de 80, avec R. O. C. indifférent (après prise d'aliments) à 17 heures. A 19 h. : 92.

Madame L. passe une soirée calme, sans gémissements et sans agitation motrice. La nuit elle dort très peu, mais n'est pas signalée comme ayant été agitée.

Dès le début du jour suivant elle réalise de nouveau et aussi complètement le tableau de l'agitation anxieuse, existant au début de l'expérience. Nous avons dû interrompre le traitement du fait de l'épuisement de nos ressources en peyotl.

Obs. X. — Service du Dr CAPGRAS « *Mélancolie anxieuse pré-sénile* ».

Mme L... 50 ans, s. profession.

Entre dans le service dans un état d'anxiété paroxystique qui s'accompagne de grande agitation. Suractivité motrice désordonnée. Impossibilité de tenir en place, doit être maintenue au lit par les soins d'une infirmière à laquelle elle échappe du reste par moments pour aller courir au hasard dans le dortoir. Tout l'effraie, tout l'affole. Elle trouve, dans chaque mot que l'on prononce, dans chaque geste que l'on fait devant elle, des raisons de terreur.

S'oriente mal, compréhension ralentie.

Idées délirantes à thème mélancolique prédominant. Exprime de façon confuse, à force de désordre et d'exaltation ; des idées de culpabilité : « Je suis une vieille canaille... Je suis une sale femme... J'ai fait du tort à un si bon

garçon.... Criminelle ! Je suis indigne de vivre... » « J'ai tué mon mari, c'est cela ! Vous savez que je lui ai donné un coup de couteau ?... quel remords affreux ! » Quelques éléments hypocondriaques mobiles et confus : « J'ai toutes les maladies là ; je vais mourir. Tant mieux ! »

Tendances au suicide exprimées avec conviction.

Quelques idées d'influence. Se juge hypnotisée par un certain M. B. « Ne me suggestionnez pas, surtout vous aussi vous seriez maudit ! »

Cris et plaintes continuels.

Négativisme, légitimé par l'état d'anxiété qui s'affirme de plus en plus.

L'examen physique pratiqué très difficilement ne révèle que la tachycardie. Pouls : 120. Surreflectivité tendineuse, Facies vultueux. Vainement nous cherchons à déterminer l'état du R. O. C. : l'agitation est trop marquée.

L'anamnèse nous révèle que le sujet a présenté il y a 20 ans un état mélancolique. Ovariectomie il y a 6 ans. L'accès présent a débuté il y a 8 jours, mais depuis 2 ans, la malade était particulièrement irritable, jalouse, superstitieuse et possédée de craintes imaginaires. Insomnie.

Le 23 janvier reçoit, deux doses, administrées à 1 heure d'intervalle (**17 et 18 heures**) 1 gramme de panpeyotl, injectable. Deux heures après, sommeil calme dont on la tire pour lui faire prendre du lait, et qui dure jusqu'à 3 heures du matin.

Vers 21 heures nous voyons Mme Le... qui présente l'aspect du sommeil normal. Un certain degré de résolution musculaire. Respiration calme et profonde. Le pouls est à 80.

Le sommeil n'est pas tellement profond qu'elle ne puisse répondre à une légère excitation périphérique. Elle cherche à ouvrir les yeux et se dérobe quand on veut appuyer sur ses globes oculaires. Mydriase légère.

Le lendemain l'agitation reparait mais prend un aspect un peu différent. La malade profère plutôt des injures et des menaces qu'elle n'exprime des craintes. Refus d'aliment.

Reçoit à **12, 15 et 19 heures** chaque fois 0,50 de pan-peyotl injectable c'est-à-dire une dose totale de 1 g 50.

Le seul bénéfice obtenu est la production d'un sommeil calme entre **23 heures et 4 heures du matin**.

Le 23, avec une dose de 1 gramme seulement nous avons observé la persistance des manifestations déclamatoires dont le contenu est surtout constitué d'accusations portées sur l'entourage (malveillance, hypnotisme). La malade jusqu'alors sitiophobique s'est alimentée normalement.

La nuit suivante est mauvaise. Mme L... parle beaucoup et vers le matin quitte de nouveau le lit pour menacer et trapper surveillantes et malades.

Tout à fait inabordable, nous reçoit avec des menaces des malédictions, des coups de pieds.

Nous avons cessé là notre expérience, estimant qu'il était difficile de soutenir la présence de l'anxiété au milieu de ces réactions de colère.

Aucune modification de la température qui atteint aux environs de 37°. L'état général a subi une légère amélioration du fait de l'alimentation plus régulière.

Pas de signes d'insuffisance hépatique ou rénale.

CONCLUSIONS

Nous ne nous dissimulons pas la faiblesse des arguments que peut apporter à la connaissance des vertus thérapeutiques du peyotl une expérience aussi restreinte que la nôtre. Le petit nombre des malades traités, la brièveté de l'observation conduite trop peu de jours sur un même sujet, nous interdisent de prétendre à des conclusions fermes et notre unique souci sera de résumer ici les quelques faits positifs qu'il nous a été donné de constater. La question du peyotl agent thérapeutique est encore dans son enfance et nous serions trop heureux d'avoir seulement aidé à ses tout premiers pas (1).

Les seuls éléments que nous désirons dégager du présent travail sont les suivants :

1° La notion de l'inocuité du peyotl. Il est vrai que nous avons manié la drogue très sobrement, en tâton-

(1) Nous n'aurions garde d'oublier qu'en 1913 des professeurs de l'Institut national du Mexique (dont l'un d'eux le Prof. ALL L. HERRERA est bien connu en France par ses travaux de plasmogénie, avaient tenté des essais d'expérimentation thérapeutique avec le peyotl. Ils n'en ont malheureusement pas publié le détail et se sont bornés à les résumer en deux pages seulement à la fin d'une petite brochure : *Estudio relativo al peyote*. Mexico 1913, sans nom d'auteur.

nant volontairement dans le but de fixer la dose maxima utile. Jamais ne se sont produits des signes d'intolérance grave. Jamais non plus d'accident désagréable comme le vomissement trop fréquent au début d'un traitement par les opiacés.

Il ne s'est produit au cours de notre expérience aucune perturbation organique notable durant le temps d'action du médicament. Les effets sur la circulation, la respiration, l'appareil digestif, les fonctions des émonctoires ne se sont pas montrés nocifs. Nous avons cherché fréquemment dans les urines l'existence d'éléments anormaux nous permettant de déceler un trouble quelconque du foie ou du rein.

Jamais enfin pendant nos recherches ne se sont manifestés de phénomènes secondaires fâcheux (céphalée, obnubilation, confusion, dépression psychique et physique, troubles gastro-intestinaux).

L'usage de la drogue sous une forme injectable par voie hypodermique n'est pas plus dangereux que l'emploi des préparations utilisables *per os*. Aucune brutalité dans les manifestations de son action ne se remarque.

2° Sans avoir la prétention de résoudre l'importante question des propriétés physiologiques du peyotl, nous nous étions proposé cependant tout particulièrement de vérifier son action sur la tension artérielle et la fréquence du pouls.

La drogue entre nos mains, a manifesté une **action hypotensive** et la chute de la tension porte exclusiv-

ment sur la minima. Peut-être trouverait-on là l'explication de son succès dans le traitement des hémorragies chez les Indiens du Mexique.

En ce qui concerne les **modifications du pouls** voici ce que nous avons observé de façon constante. Dans les premières heures le pouls diminue de fréquence dans des proportions parfois très marquées (abaissement de 36 pulsations par minute dans notre observation XII). Ce phénomène coïncide dans le temps avec le plus haut point des autres manifestations imputables à l'action du médicament (1).

Nous aurions désiré situer le peyotl, médicament dans les rapports qu'il peut avoir avec le **système neuro-végétatif**. Malheureusement nous ne croyons pas pouvoir affirmer d'après notre expérience une action vago-tonique ou sympathicotonique certaine. Des arguments plaident en faveur d'une action dans le sens du vague. D'abord la constance et l'étendue du ralentissement du pouls au moment où la drogue donne son plein effet. Les variations du réflexe oculo-cardiaque ensuite. Le réflexe évolue dans le sens positif dans des proportions faibles il faut l'avouer. Le chiffre qui nous semble devoir être retenu surtout est celui de l'observation VIII où le sujet nettement sympathycotonique à R. O. C. inversé (88-100), présente trois heures après l'administration du peyotl une variation légèrement positive du

(1) Voir au sujet de l'action sur la tension et le pouls l'opinion des Professeurs de l'Institut National de Mexico, opinion différente de la nôtre : « *Estudio Relativo al Peyote* », p. 62.

même réflexe. Le sujet de l'observation n° I est un vagotonique chez qui une dose assez faible du même médicament a produit des effets organiques et psychiques intenses. Ne serait-ce pas parce que la drogue a exagéré sa vagotonie ? Nous nous sommes mis autant que possible dans des conditions favorables à l'exploration des réflexes oculo-cardiaque et solaire, mais nous avons dû compter souvent avec l'indocilité de nos malades.

Une contradiction apparente avec notre hypothèse d'une action vagotropique est donnée par l'existence de la dilatation pupillaire. Nous croyons être en présence d'un phénomène dû à un trouble de l'accommodation et non pas de l'expression d'une excitation du grand sympathique.

3° Il nous faut répondre à la question que nous nous sommes posée en écrivant le titre de notre travail. Le peyotl a-t-il une **action sur le syndrome anxiété** ?

Voici ce que nous pensons devoir déduire de ce que nous avons vu pendant notre essai.

La base du syndrome, l'**élément affectif** a cédé nettement dans cinq cas seulement (observations I-V-VI-IX et XI). Il s'est trouvé alors très atténué ou suspendu même parfois pendant plusieurs jours (15 jours et un mois dans les observations VI et IX) après interruption d'une cure toujours brève. Nous n'oserions conclure de ceci, que la drogue mescalinique est très largement dispensatrice d'euphorie à la manière de l'opium et nous nous contentons d'observer le fait. Les idées délirantes, l'élément intellectuel, ne se sont ja-

mais atténuées franchement. Il semblait que nous assistions parfois à une sorte de dissociation du ton affectif et du contenu intellectuel. Dans le cas des observations X et XII notre manœuvre thérapeutique a enrichi le délire d'une idée nouvelle.

L'agitation anxieuse, le trouble de l'activité a cédé franchement dans sept cas ; de façon durable chez nos malades V-VI-IX et XI ; de façon passagère mais nette dans les VII-X et XI observations. Encore dans ces trois derniers cas n'avons-nous pas prolongé suffisamment peut-être notre essai et les doses employées étaient-elles modestes. Nous croyons que le peyotl total a une action sédative marquée tout comme la peyotline étudiée par HUTCHINGS.

Le **syndrome insomnie** qui touche de si près aux manifestations motrices de l'agitation anxieuse, s'est atténué lui aussi, mais de façon moins égale. Le peyotl n'est sans doute pas un hypnotique. Son action génératrice du sommeil que nous constatons chez nos sujets IX-X et XII nous paraît être liée surtout à l'état d'épuisement, de fatigue où ceux-ci se trouvaient avant de recevoir le médicament. Nous pensons que plus longue aura été la phase de suractivité motrice et d'insomnie avant l'administration du peyotl et plus marquée sera l'action hypnogène (1).

Les malades que nous avons traités étaient presque tous des aliénés peu susceptibles d'auto-analyse et il

(1) Le peyotl fait dormir surtout en supprimant l'élément douleur cause de l'insomnie, avait remarqué ROUHIER (*loc. cit.*, p. 348).

nous est difficile de saisir chez eux l'expression d'un changement dans l'état de leur coenesthésie.

L'objet de notre observation I cependant, mis à part, les courts instants pénibles que l'accumulation d'une dose trop considérable lui a fait vivre, garde le souvenir d'une sensation agréable d'harmonie organique.

Nous n'insistons pas sur la question des hallucinations. Nous n'avons nullement cherché à les faire naître et de fait en dehors de notre expérience de début (obs. I) elles ne se sont jamais manifestées chez nos sujets. La faiblesse relative des doses en usage en est vraisemblablement la raison.

4° Le peyotl trouve une **indication thérapeutique** dans le cas où se manifeste le syndrome anxiété. Une plus longue expérience de son usage guidée par l'importante notion d'une formule d'équilibre neuro-végétatif permettra peut-être un jour de préciser à quelles catégories d'anxieux il doit être salulaire. Notre expérience personnelle nous fait croire à son efficacité dans l'anxiété des mélancoliques surtout. Il se rapproche ainsi de l'opium.

5° Les données que nous apportons sur la **posologie** se résument ainsi.

Au début de nos essais nous avons manié des doses trop faibles et ce n'est qu'avec des fractions minima de 1 gramme de panpeyotl basique (alcajoïdes totaux) en ingestion et de 1 gramme à 1 gr. 50 de panpeyotl in-

jectable (chlorhydrate d'alcaloïdes), par jour, que l'on obtiendra des résultats positifs.

6° La **forme optima de présentation** du peyotl varie suivant l'état mental et organique du sujet. Encore sur ce point ne donnons-nous que des directives.

Le mode d'administration par la bouche semble devoir être réservé aux malades conscients et dociles. Encore est-il préférable de rechercher plutôt les préparations injectables par voie hypodermique si des doses fortes doivent être employées et si l'on pense à une fragilité quelconque du tube digestif du patient (pesanteurs gastriques possibles dans ce cas).

L'extrait total d'alcaloïdes (panpeyotl basique) parmi les nombreuses formes utilisables *per os* nous a cependant donné satisfaction.

L'usage de préparations adaptées à la voie hypodermique totum des chlorhydrates d'alcaloïdes par exemple devra être toujours préféré pour le traitement d'aliénés résistants et susceptibles de ne pas absorber de façon intégrale la dose prescrite. Les effets obtenus avec cette forme de la drogue sont peut-être plus hâtifs à se manifester, mais aussi plus passagères et il faudra tenir compte de cette dernière notion pour fragmenter utilement la dose quotidienne.

7° Il ne nous appartient pas non plus de résoudre ici la question de l'**accoutumance**, nous avons remarqué que pour un cas donné, une fois la dose utile du médicament déterminée, il nous était facile de diminuer très

rapidement les quantités et même de suspendre le traitement dans un délai très bref.

Nous n'aurons pas non plus la prétention de discuter ici la naissance possible d'une nouvelle forme de toxicomanie, l'apparition d'un nouveau poison de l'intelligence. De notre point de vue thérapeutique nous considérons la production d'un appétit pathologique pour la drogue résultant d'un traitement par le peyotl, comme une conséquence improbable.



En résumé, le peyotl, médicament nouveau dans notre matière médicale européenne, nous semble susceptible d'être appliqué avec succès au traitement de certaines formes d'anxiété d'abord et de rentrer un jour peut-être pour une plus vaste part dans notre thérapeutique. Nous souhaitons que son étude puisse être réalisée plus largement dans l'avenir. Et pour n'envisager que cette petite partie du problème où nous nous sommes limité dans ce travail, nous savons qu'il y aurait intérêt à expérimenter sur une plus vaste échelle avec chacun des deux groupes d'alcaloïdes chloroformo et hétérosolubles pris séparément. Peut-être même pourrait-on scinder davantage le complexe chimique, étudier isolément chacun des principes actifs pour éliminer plus sûrement ceux qui seraient inutiles pour réaliser l'action recherchée, et ceux qui peuvent être nuisibles, responsables de quelque effet importun sinon dangereux.

Nous avons suffisamment indiqué les difficultés que

l'on éprouve, à l'heure actuelle, lorsque l'on veut se procurer du peyotl en Europe. Il est bien possible que l'avenir du médicament soit limité par la rareté des plantes et leur facile épuisement si leur récolte devenait intensive, nous savons également que certaine presse mexicaine peu compréhensive de la valeur thérapeutique possible du cactus et l'envisageant seulement sous l'angle de nouveau poison social, paraît soutenir le projet d'interdire sa récolte et son exportation.

L'état Mexicain pourrait au contraire faire preuve d'une utile initiative en favorisant, sous réserve d'une intelligente et juste réglementation, la culture du peyotl dans ses vastes régions d'origine reproduisant ainsi le geste heureux de protection que tente actuellement notre gouvernement à l'égard des plantes médicinales.

Vu, le *Doyen*,
H. ROGER.

Vu, le *Président de la thèse*,
SICARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

CHAPITRE I : Présentation du Peyotl

CRÉHANGE. — La drogue et l'esprit.

DIGUET. — Lettre de l'auteur relatant son voyage de 1896 à la sierra de Nagarit (*Bulletin du Muséum d'histoire naturelle III*, 1897).

DIGUET. — Relation sommaire d'un voyage au versant occidental du Mexique (*Bulletin du Muséum d'histoire naturelle IV*, 1898).

DIGUET. — Le Peyotl et son usage rituel chez les Indiens du Nagarit (*Journal de la société des Américanistes de Paris*, Paris, 1907).

DIXON. — The physiological action of the alcaloïdes of the Anhalonium Lewinii. (*Journal of physiology XXX*, p. 68. Londres 1899).

HAVELOCK Ellis. — A note on mescal intoxication (*The Lancet*, n° 3849. Londres-juin 1897).

HAVELOCK Ellis. — Mescal and New artificial Paradise (*Annual Report of the Smithsonian Institution*, pp. 537-548, 1898).

Idem in *Contemporary Review*, pp. 130-141. Londres, 1898.

HAVELOCK Ellis. — Mescal, a study of a divini plante (*Popular Science Monthly*, pp. 52-72, 1902)

HEFFTER. — Uber Peolte (*Arch. f. exp. Path. u. Pharmak. XXXIV*, p. 2975 ; 1894 et *XL*, 1898).

HEFFTER. — Über Pellotin. (*Thérap. Monatsch* juin 1898).
HOBSCHEIT (A). — *Les cactées médicinales* (Paris, Picard 1928).

KRETSCHMER. — *Manuel théorique et pratique de psychologie médicale* (traduit par JANKILEVITCH).

↓ KURT BERINGER. — Der mescalinrausch. Seine Geschichte und Erscheinungsweise (Monographien aus dem gesamtgebiete der neurologie und Psychiatrie. Berlin. 1927).

↓ LEROY (R.) — Les états affectifs dans les hallucinations lilliputiennes (*Journal de psychologie normale et pathologique*, 15 février 1928).

LEUBA. — Psychologie de mysticisme religieux (Traduction française).

LEWIN. — Über Anhalonium Lewinii. (*Arch. fur. exp. Path. und. Pharmak*, XXIV, p. 404, 1888).

PUTT (E. B.). — Mescal (Rapport on Department of Interior. Office of Indians Affaires. Washington 1911).

PERROT. — Le Yagé (*Bull. des sciences pharmacologiques*, juillet 1928).

PRENTISS et MORGAN. — Anahalonium Lewinii (Mescal-Buttons). A study of the drug with the special reference to its physiological action upon man with report of experiments. (*Therap. gaz.* XIX, pp. 577-585).

↓ PRENTISS et MORGAN. — Therapeutic uses of Mescal Buttons. (*Therap. gaz.* XX, p. 4-7, 1896).

PRENTISS et MORGAN. — The alcaloids of Anhalonium Lewinii with notes upon therapeutic uses. (*The Med. Soc. Dist, Columbia*, 1896, pp. 123-127 ; Washington 1897).

RICHEL (Ch.). — *Les poisons de l'Intelligence*.

RICHEL et SANTENOISE. — *Presse Médicale*, 7 avril 1923.

REINBURG. — Contribution à l'étude des boissons toxiques des Indiens au N. E de l'Amazone (*Journal de la Société des Americanistes de Paris*, t, 13 1921).

↓ ROUHIER (A). — La plante qui fait les yeux émerveillés. Le Peyotl (Paris, 1927).

✓ ROUHIER (A). — Phénomènes de métagnomie expérimentale observés au cours d'une expérience faite avec le Peyotl (*Revue métapsychique* pp. 144-154 ; Paris, mai-juin 1925).

✓ ROUHIER (A). — La plante qui fait les yeux émerveillés. Le Peyotl (*Paris Médical*, n° 18 ; 1^{er} décembre 1923).

TRUC (H). — Phantopsies ou fantasmagories visuelles d'origine oculaire (*Annales d'oculistique*, T. CLXII, septembre 1925).

VASCHIDE (W). — Une plante divine : le Mescal (*La Quinzaine*, p. 112, 1905).

WALTER. — Les excitants artificiels dans le travail intellectuel (Paris, 1925).

WETL-MITCHELL. — Note upon the effects of Anhalonium Lewinii. (*Brit. Med. Journ.*, II, p. 1623, 1896).

CHAPITRE II : De l'anxiété syndrome

BRISSAUD. — Congrès de Grenoble 1902.

DEVAUX et LOGRE. — *Les anxieux* (Paris, 1927).

FAMENNE. — Congrès Belge de Neurologie et de Psychiatrie (Bruges, 1911).

DE FLEURY. — *L'angoisse humaine*. (Paris, 1924).

HECKEL (F). — *La névrose d'angoisse* (Paris, 1917).

KRAFT-EBING. — *Traité de psychiatrie*, traduit par E. LAURENT (Paris, 1897).

LALANNE. — Congrès de Grenoble, 1903.

MASSELM. — *La Mélancolie* (Paris, 1906).

RÉGIS. — *Précis de Psychiatrie* (Paris, 1923).

RENON. — L'angoisse de guerre et son traitement (*Soc. de Thérap.*, janvier 1916).

CHAPITRE III : Des médicaments de l'anxiété

BOUBIL et HAAGES. — *Encéphale* (Paris, 1888).

BRIE. — *Neurologische Centralblatt* (Berlin, 1892).

CANGER et DE CÉSARI. — *Il manicomio moderno*, n° 4. 1900.

CHAMBARD. — *Revue de médecine* (Paris, 1894).

DHEUR. — De l'emploi du phosphate de codéine, en path. mentale (*Annales médico-psychologiques* (Paris, 1902).

DUPOUY et MONTASSUT. — *Annales médico-psychologiques*. (Paris, août 1920).

GILBERT-BALLET. — *Traité de pathologie mentale* (Paris, 1903).

HAYMAN. — *Münch. med. Wochenschrift*. (Munich, octobre 1910).

JUARROS. — *Annales de l'Academia medic. quirurj spanola*, 1906).

LAIGNEL-LAVASTINE. — *Pathologie du sympathique* (Paris, 1924).

LOBSTEIN. — De nervi sympathetici humani fabrica, usu et morbis (Paris, 1823).

MASQUIN. — Congrès de Strasbourg. Neurologie et psychiâtrie, 1920.

MARANDON DE MONTYEL. — Emploi de la codéine dans la médecine expérimentale (*Annales médico-psychologiques*. Paris, 1895).

MARANDON DE MONTYEL. — *Annales médico-psychologiques* (Paris, 1895).

MARANDON DE MONTYEL. — Le somnal chez les aliénés. (*Annales médico-psychologiques* (Paris, 1924).

MARTINET. — *Thérapeutique clinique* (Paris, 1924).

MERKLEN. — *Annales médico-psychologiques* (Paris, 1922)

MIGNARD et DURAND-SALADIN. — *Annales médico-psychologiques* (Paris, avril 1920).

MORELLE-LAVALLÉE. — Société médicale des Hôpitaux, nov. 1910.

PAOLI. — *Riforma Medica*, 1900.

QUERCY. — *Annales médico-psychologiques* (Paris, 1925).

RITTI (A). — *Traité de thérapeutique* d'ALBERT ROBIN. Article Mélancolie.

SANTENOISE. — *Journal médical français*, 1924.

SANTENOISE et ABÉLY. — Recherche sur le système neuro-végétatif chez les anxieux (*Annales médico-psychologiques* (Paris, 1923).

SÉRIEUX et MIGNOT. — *Archives de Neurologie* (Paris, 1905).

TINEL et SANTENOISE. — *Paris Médical*, 1922.

VIALLEN et JACQUIN. — *Société médico-psychologique* (Paris, 1900).

VOISIN (A). — *Leçons cliniques sur les maladies mentales*.

WATSON. — *Journal of mental science*, Londres 1889.

Conclusions

Estudio relativo al peyote. (*Instituto Médico Nacional México*, 1913).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE I	
La Plante.....	12
Propriétés chimiques. Etude des alcaloïdes.....	14
— physiologiques du peyotl sous forme d'extrait total.....	20
Manifestations organo-végétatives.....	22
— mentales.....	32
Toxicologie.....	41
Ce qu'a donné déjà le peyotl en thérapeutique	42
CHAPITRE II	
De l'anxiété syndrome.....	48
CHAPITRE III	
Des médicaments de l'anxiété.....	64
I. Traitement symptomatique.....	64
II. — pathogénique.....	76
CHAPITRE IV	
Traitement de quelques cas d'anxiété.....	82
OBSERVATIONS.....	85
CONCLUSIONS.....	123
BIBLIOGRAPHIE	133

